République Démocratique du Congo



Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC)

2007

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



Enquête Démographique et de Santé République Démocratique du Congo 2007

Ministère du Plan
avec la collaboration du
Ministère de la Santé
Kinshasa, République Démocratique du Congo

Macro International Inc.
Calverton, Maryland, USA

Août 2008


















Les personnes suivantes ont participé à l'analyse des données de l'EDS-RDC et à la rédaction du rapport :

Prof. Lututala Mumpasi Bernard
Bakutuvwidi Makani Paul
Makaya Mboko Mbenza Simon
Dr Swana Nimy Alphonse
Ngoy Kishimba
Érick Mpiana
Dr Bora Kawende
Akoua Atchrimi
Tinga Sinaré
Noah Bartlett
Mohamed Ayad
Monique Barrère
Damien Nahimana
Prof. Kalambayi Barthélemy
Dr Alela Lilembe Bonanche
Dr Kaba Didine

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC) réalisée en République Démocratique du Congo de janvier à août 2007 par le Ministère du Plan, avec la collaboration du Ministère de la Santé.

L'EDS-RDC a été financée par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le *Department for International Development* (DFID), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et la Banque Mondiale à travers le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) et le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (*Demographic and Health Surveys* - MEASURE DHS) de Macro International Inc., dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser à travers le monde des données démographiques et de santé portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant et le VIH/sida.

Le Laboratoire National de Référence du VIH/sida et le *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) ont également apporté leur expertise à la réalisation des tests du VIH. Le projet a bénéficié de l'appui de *Family Health International* (FHI) et de Caritas/Congo pour la mise en œuvre des CDV à court terme et de l'Institut National de la Statistique (INS) qui a abrité le projet et a assuré le traitement informatique des données de l'enquête.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-RDC, contacter le Ministère du Plan, 4155, rue des Coteaux, Quartier Petit Point, Kinshasa/Gombe – (BP 9378 Kin 1 ; e-mail : minplan@micronet.cd).

Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA. Téléphone : 301-572-0200 ; Fax : 301-572-0999 ; e-mail : reports@measuredhs.com ; Internet : http://www.measuredhs.com).

Citation recommandée :

Ministère du Plan et Macro International. 2008. *Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007.* Calverton, Maryland, U.S.A. : Ministère du Plan et Macro International.

Couverture : Okapi (*Okapia johnstoni*), espèce du mammifère habitant exclusivement dans les forêts équatoriales de la RDC.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES

CHAPITRE 7 PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

CHAPITRE 8 SANTÉ DE LA REPRODUCTION

CHAPITRE 9 SANTÉ DE L'ENFANT

CHAPITRE 10 PALUDISME

CHAPITRE 18 VIOLENCE DOMESTIQUE

ANNEXE A PLAN DE SONDAGE

ANNEXE B ERREURS DE SONDAGE

PRÉFACE

Il y a près de deux décennies, la République Démocratique du Congo avait souscrit aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). En 2005, elle a adopté son Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCRP). Dans le souci de se doter d'une banque de données susceptibles de fournir des indicateurs fiables et à jour pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes et politiques sectoriels du pays, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo vient de réaliser, en 2007, sa première Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC).

Avec cette opération, la RDC vient de s'insérer dans le vaste programme mondial d'enquêtes sociodémographiques et sanitaires menées depuis le milieu des années 1980 dans les pays en développement. En plus des indicateurs sur la fécondité, la mortalité des enfants, la planification familiale, la santé maternelle et infantile que MICS1 et MICS2 ont pu fournir, l'EDS-RDC, grâce à l'introduction dans son protocole des tests biologiques, a permis de déterminer, pour la première fois au niveau national, la prévalence du VIH dans la population générale d'âge adulte.

À travers ce rapport, le lecteur pourra apprécier les progrès accomplis dans l'amélioration de la situation sanitaire des populations congolaises. Il met en évidence des indicateurs de niveau fort appréciable pour lesquels des efforts devront être soutenus pour améliorer sinon maintenir les tendances. C'est notamment le cas du niveau d'utilisation des services de santé de la reproduction (soins prénatals, accouchements assistés par du personnel qualifié).

L'exploitation de ce rapport permettra aussi de mieux cerner les défis sociodémographiques auxquels le pays reste confronté et qu'il faudra relever : une mortalité maternelle et infantile encore élevée quoiqu'en baisse, une fécondité encore élevée alourdissant les charges sociales et ralentissant le rythme du développement, une faible utilisation des méthodes contraceptives modernes et des moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi qu'un état nutritionnel alarmant chez les enfants de moins de cinq ans. Le lecteur pourra également relever les disparités entre milieux de résidence, provinces, niveaux d'instruction et niveaux de bien-être économique. Il pourra aussi être alerté par l'existence des groupes à haut risque de mortalité infanto-juvénile et la persistance des comportements à haut risque de contamination au VIH et de propagation de ce virus dans la population. La situation exprimée à travers les indicateurs évoqués ci-dessus peut être améliorée par une prise de conscience et un sens de responsabilité accru au sein de la population, sans lesquels les interventions des différentes parties prenantes dans le développement de la RDC n'auraient qu'un impact limité.

Les résultats de l'EDS-RDC sont donc d'une grande portée, car ils permettent non seulement de décrire la situation démographique et sanitaire du pays en ce début de la reconstruction du pays, mais également de réajuster les objectifs intermédiaires, d'identifier les domaines prioritaires d'intervention et même de faire des projections pour l'avenir.

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo, à travers le Ministère du Plan, se réjouit de mettre à la disposition des décideurs politiques, planificateurs et autres utilisateurs tant du secteur public que privé, ce rapport qui présente les résultats de la première enquête démographique et de santé réalisée dans son pays. Puisse cet outil être une source d'information appréciable et utile à tous les acteurs de développement qui s'en serviront pour contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie des populations congolaises.

Que tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette enquête, les partenaires au développement, les organismes qui l'ont exécuté, à savoir le Comité de Pilotage, le Comité permanent et Macro International, le personnel d'enquête, les autorités administratives et coutumières, les populations des zones enquêtées trouvent ici l'expression de la gratitude de la République Démocratique du Congo.

Fait à Kinshasa, le 15 mai 2008

Olivier KAMITATU ETSU

Ministre du Plan

REMERCIEMENTS

La République Démocratique du Congo vient de réaliser sa première Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC). Cette grande opération statistique d'envergure nationale a connu la participation de plusieurs structures et personnes. Nous, membres du Comité Permanent de l'EDS-RDC exprimons, à travers ces lignes, notre gratitude à toutes ces structures et personnes qui, d'une manière ou d'une autre et à un moment ou à un autre, ont contribué à la réalisation et au succès de cette enquête.

Nos remerciements s'adressent d'abord à Macro International qui, à travers Mohamed Ayad, Coordonnateur des EDS dans les pays francophones ; Noah Bartlett, Responsable Pays de l'EDS-RDC et Tinga Sinaré, Conseiller Technique Résident, et avec l'USAID, a fait du lobbying, pendant des années, pour convaincre les uns et les autres sur la nécessité d'organiser cette enquête. L'EDS-RDC vient ainsi briser les pesanteurs et clichés qui écartaient la RDC de l'organisation des enquêtes EDS : l'étendue du pays, les difficultés de se déplacer à travers le territoire national, l'absence d'intérêt des décideurs politiques sur les enquêtes, la faiblesse de la culture statistique en particulier et de la recherche-développement en général, la pauvreté de la population, la lourdeur administrative dans le traitement des dossiers, etc.

Notre gratitude va ensuite aux Autorités politiques du pays qui ont œuvré pour que l'enquête se réalise dans un climat politique et social apaisé, et en particulier à leurs Excellences Monsieur le Ministre du Plan, Olivier Kamitatu Etsu et Monsieur le Ministre de la Santé, Dr Victor Makwenge Kaput, ainsi que les Secrétaires généraux au Plan et à la Santé, qui ont cru en la nécessité de cette enquête et ont donné toutes les autorisations et toutes les facilités nécessaires pour qu'elle se réalise sans encombre.

Nous exprimons notre reconnaissance à l'endroit de tous les partenaires au développement qui ont bien voulu mettre à la disposition du Comité Permanent les apports techniques, les moyens financiers et logistiques les moyens financiers et les apports techniques nécessaires à la mise en œuvre effective du projet EDS-RDC. Il s'agit de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du *Department for International Development* (DFID), du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et de la Banque Mondiale à travers le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS) et le Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS). Il s'agit également du Laboratoire National de Référence du VIH/Sida et du *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) qui ont apporté leur expertise à la réalisation des tests du VIH, de *Family Health International* (FHI) et de Caritas/Congo pour la mise en œuvre des CDV à court terme et de l'Institut National de la Statistique (INS) qui a abrité le projet et assuré le traitement informatique des données de l'enquête et de la Direction de l'Alphabétisation du Ministère des Affaires Sociales qui a assuré la traduction des questionnaires en langues nationales. Que l'ONUSIDA et le Comité d'Éthique soient aussi remerciés pour leur apport.

Nos remerciements vont aussi aux membres du Comité de pilotage qui ont accompagné le Comité Permanent dans la mise en œuvre de cette enquête, notamment dans la validation des instruments de collecte, de la méthodologie, et des résultats provisoires et définitifs de l'enquête.

Nous disons grand merci aux Autorités locales (Chefs de quartiers et de villages), à nos interfaces (conseillers des ministres, points focaux, leaders d'opinions et guides) ainsi qu'aux populations des ménages qui, avec bienveillance, ont accueilli les agents de terrain, accepté de répondre à leurs multiples questions et donné quelques gouttes de leur sang pour la réalisation des tests biologiques.

Enfin, nous adressons nos sincères félicitations au personnel d'appui technique et administratif du projet (Coordonnateur médical, Assistants Logisticiens, Secrétaire, Chauffeurs), au personnel de terrain (traducteurs, formateurs, superviseurs de pool, enquêteurs/enquêtrices, agents de santé), au personnel de traitement des données (superviseurs, agents de saisie et agents d'édition) et au personnel de traitement des échantillons de sang (Coordonnateur, Gestionnaire des échantillons et laborantins). Leur sens de responsabilité, leur engagement patriotique et leur sérieux auront été à la base du succès de l'EDS-RDC de 2007.

LE COMITE PERMANENT DE L'EDS-RDC

Simon Makaya M. Mbenza Démographe	Paul Bakutuvwidi Makani Directeur du projet	Bernard Lututala Mumpasi Coordonnateur du projet

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACT — Associations thérapeutiques à base d'artémisinine
AFDL — Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo

BCG — Bacille de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)

CDC — Centers for Disease Control and Prevention
CDV — Centre de Dépistage Volontaire
CHK — Centre Hospitalier Saint Marc de Kingasani
CSPro — Census and Survey Processing

DFID — Department for International Development
DHS — Demographic and Health Surveys
DIU — Dispositif intra-utérin
DTCoq — Vaccin contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche

EDS — Enquêtes Démographiques et de Santé
EDS-RDC — Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo
ENSEF — Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes
ET — Écart-type

FHI — Family Health International

IMC — Indice de Masse Corporelle
INS — Institut National de la Statistique
IRA — Infection Respiratoire Aiguë
ISF — Indice Synthétique de Fécondité
ISFD — Indice Synthétique de Fécondité Désirée
IST — Infections Sexuellement Transmissibles

LNR — Laboratoire National de Référence

MICS2 — Enquête par grappes à Indicateurs Multiples 2
MII — Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide

NA — Non applicable
NCHS — National Center for Health Statistics
ND — Non déterminée

OEV — Orphelins et enfants vulnérables
OMS — Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA — Organisation des Nations Unies pour la Lutte contre le Sida

PARSS — Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PEV — Programme Élargi de Vaccination
PF — Planification Familiale
PIB — Produit Intérieur Brut

PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida et les IST
PPM	Parts Par Million
PSR	Programme de la Santé de la Reproduction
RDC	République Démocratique du Congo
RDV	Risque de Mortalité Maternelle sur la Durée de Vie
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SRO	Sel de Réhydratation Orale
TBFS	Taux Brut de Fréquentation Scolaire
TBN	Taux Brut de Natalité
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
TMM	Taux de mortalité maternelle
TNFS	Taux Net de Fréquentation Scolaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Traitement de Réhydratation par Voie Orale
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UP	Unité primaire
US	Unité secondaire
USAID	Agence Américaine pour le Développement International
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC) de 2007 est la première enquête du genre réalisée dans le pays. De portée nationale, l'EDS-RDC fournit des informations sur les ménages, la fécondité, la mortalité, la planification familiale, la santé de la reproduction, etc. En outre, des données ont été collectées sur la prévalence du VIH et sur les attitudes et comportements des populations par rapport au sida. Elle a été exécutée par une structure spécialement mise en place pour la réalisation de l'enquête sous la tutelle du Ministère du Plan. Cette enquête a bénéficié de l'assistance technique de Macro International, institution de coopération américaine en charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) à travers le monde. Son financement provient de plusieurs partenaires : les agences des Nations Unies notamment l'UNICEF et l'UNFPA, la Banque Mondiale à travers PNMLS et le PARSS, le DFID et l'USAID.

La collecte des données pour l'enquête principale s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, elle a eu lieu dans la capitale, Kinshasa, du 31 janvier au 7 mars 2007, avec comme agents de terrain les candidats superviseurs de pool. Dans un deuxième temps, elle s'est déroulée, pendant un mois, dans les pools autres que Kinshasa 1 et s'est étalée sur une période allant de mai à août 2007.

Au total, 9 002 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 8 945 ont été identifiés. Parmi les ménages identifiés, 8 886 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 %. À l'intérieur des 8 886 ménages enquêtés, 10 338 femmes de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 9 995 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit à 97 %. L'enquête auprès des hommes, réalisée dans un ménage sur deux, a permis d'identifier 4 985 hommes de 15-59 ans et, parmi eux, 4 757 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 95 %.

Les résultats de l'enquête indiquent que 43 % de la population vivent en milieu urbain contre 57 % en milieu rural et que le rapport de masculinité de la population s'établit à 97 hommes pour 100 femmes. Seulement 21 % des ménages sont dirigés par une femme. La taille moyenne des ménages est de 5,4 personnes pour l'ensemble du pays, 5,9 personnes en milieu urbain contre 5,2 personnes en milieu rural. La population congolaise est caractérisée par sa jeunesse : 48 % ont moins de 15 ans et 4 % ont 60 ans et plus.

La proportion de femmes de 15-49 ans sans instruction est quatre fois plus élevée que celle des hommes (21 % contre 5 %) et les hommes sont proportionnellement deux fois plus nombreux que les femmes à avoir achevé les niveaux secondaires ou supérieurs (65 % contre 41 %). La proportion des personnes de 15-49 ans qui ne savent ni lire ni écrire (analphabètes) atteint 41 % parmi les femmes et 14 % parmi les hommes de 15-49 ans. Par ailleurs, au moment de l'enquête, 48 % de la population congolaise disposaient d'eau potable ; 18 % de la population avaient accès à l'électricité et 18 % de la population utilisaient des latrines hygiéniques.

FÉCONDITÉ

Les données de l'EDS-RDC ont mis en évidence le niveau élevé de la fécondité au Congo. En effet, au niveau national, le nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde est estimé à 6,3 : ce nombre est de 5,4 en moyenne en milieu urbain et de 7,0 enfants par femme en milieu rural. En ce qui concerne l'intervalle de temps qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente (l'intervalle intergénésique), l'enquête montre que dans 26 % des cas, il est inférieur à deux ans et que la moitié des naissances ont lieu dans un intervalle de plus de 30,5 mois après la naissance précédente. Dans l'ensemble, l'âge médian à la première naissance est estimé à 20,0 ans et il a peu varié entre les générations. Concernant la fécondité des adolescentes, on constate que près d'un quart des adolescentes de 15-19 ans (24 %) ont déjà commencé leur vie féconde.

NUPTIALITÉ

Au moment de l'enquête, près de sept femmes sur dix (66 %) et un peu plus d'un homme sur deux (57 %) étaient en union. Le célibat concernait moins d'une femme sur quatre (24 %) et près de deux hommes sur cinq (38 %). Parmi les femmes en union, 21 % étaient en union polygame. L'âge médian à la première union est de 18,6 ans chez les femmes de 25-49 ans et de 24,3 ans chez les hommes du même groupe d'âges. Par ailleurs, pour le même groupe d'âges, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,8 ans chez les femmes et de 17,9 ans chez les hommes. Dans l'ensemble, 22 % des femmes et 12 % des hommes de 25-49 ans avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans exacts. Concernant l'exposition au risque de grossesse, l'enquête relève que la durée médiane de l'aménorrhée post-partum est de 10,5 mois, que la durée médiane de l'abstinence post-partum s'établit à 4,2 mois et que globalement la durée médiane de la non susceptibilité post-partum est de 12,1 mois.

PLANIFICATION FAMILIALE

Les résultats de l'EDS-RDC montrent que les méthodes contraceptives sont relativement bien connues en RDC : un peu plus de huit femmes sur dix (82 %) contre environ neuf hommes sur dix (89 %) ont déclaré connaître au moins une méthode.

Le niveau élevé de connaissance des méthodes contraceptives n'est pas suivi par une utilisation conséquente. Près de la moitié des femmes (49 %) a déclaré avoir utilisé au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de sa vie. Mais au moment de l'enquête, 20 % seulement de l'ensemble des femmes et 21 % de celles en union ont déclaré en utiliser une. La prévalence contraceptive moderne actuelle est de 7 % dans l'ensemble ; 6 % chez les femmes en union et 23 % chez les femmes non en union et sexuellement actives. Parmi les méthodes modernes, c'est le condom masculin qui est la plus fréquemment utilisée (3 % des femmes en union et 21 % des femmes non en union et sexuellement actives).

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Concernant les préférences en matière de fécondité, les résultats indiquent que près d'une femme en union sur cinq (20 %) ne désirait plus d'enfants tandis que près de sept femmes sur dix (69 %) en voulaient davantage et, parmi elles, 38 % désiraient espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus. Les hommes en union sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à souhaiter d'autres enfants. Tant chez les femmes que chez les hommes en union, la proportion de personnes qui ne veulent plus d'enfants augmente avec la parité.

Le nombre idéal d'enfants est de 6,3 pour l'ensemble des femmes et de 6,8 pour les femmes en union. Chez les hommes, le nombre idéal d'enfants est un peu plus élevé avec 7,0 pour l'ensemble des hommes et 8,0 pour ceux en union.

SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Concernant les soins prénatals pour les naissances survenues au cours des cinq dernières années, on note que plus de huit femmes sur dix (85 %) se sont rendues en consultation prénatale dispensée par du personnel formé. Près d'une femme sur deux (47 %) a effectué au moins les quatre visites recommandées par l'OMS pour les femmes enceintes. Cependant, au cours de ces visites prénatales, on note que moins d'une femme sur deux (46 %) a reçu des comprimés de fer-folate et qu'environ quatre femmes sur dix (39 %) ont reçu deux injections ou plus de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse.

Parmi les naissances survenues au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, 70 % ont eu lieu dans un établissement de santé. Environ 28 % des naissances sont survenues à domicile. Près de trois naissances sur quatre (74 %) se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes (32 %) et des infirmières (28 %). Dans seulement 5 % des cas, les médecins ont assisté les accouchements. Parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement de santé, 9 % seulement ont bénéficié d'un suivi postnatal.

SANTÉ DE L'ENFANT

Les résultats indiquent que 31 % des enfants de 12-23 mois avaient été complètement vaccinés et que 18 % n'avaient reçu aucun des vaccins du PEV. Au total, 28 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés selon le calendrier recommandé (avant l'âge de 12 mois). Au moment de l'enquête, 72 % des enfants étaient vaccinés contre le BCG, 63 % contre la rougeole, 45 % avaient reçu les trois doses de DTCoq et 46 % avaient reçu les trois doses de Polio. On note que, pour le DTCoq, le taux de déperdition entre la première et la troisième dose est de 36 %. Pour la polio, ce taux est de 41 %.

Au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, 15 % des enfants de moins de 5 ans ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide, près de trois enfants sur dix (31 %) ont eu la fièvre et 16 % des enfants de moins de 5 ans ont souffert de diarrhée. On a recherché des conseils ou un traitement dans 42 % des cas d'infections respiratoires aiguës, dans 45 % des cas de fièvre et dans 33 % des cas de diarrhée. Parmi les enfants qui ont souffert de la fièvre, un sur trois (30 %) a été traité avec des antipaludéens. Par ailleurs, bien que 78 % des femmes connaissent le SRO, seulement un enfant ayant eu la diarrhée sur trois (31 %) a reçu des sachets de SRO et 20 % des enfants ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. De plus, un enfant ayant eu la diarrhée sur cinq (20 %) n'a bénéficié d'aucun type de réhydratation ni traitement.

PALUDISME

Moins d'un tiers des ménages congolais (28 %) possèdent au moins une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non. Les ménages du milieu urbain (38 %) sont proportionnellement plus nombreux que ceux du milieu rural (22 %) à posséder au moins une moustiquaire. Entre les provinces, le niveau varie d'un maximum de 56 % (Bas-Congo) à un minimum de 13 % (Province Orientale et Nord-Kivu).

En outre, moins d'un ménage sur dix (9 %) possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII). Pour ce genre de moustiquaire, les proportions varient de 35 % (Bas-Congo) à 3 % (Province Orientale), et elles sont plus élevées en milieu urbain (12 %) qu'en milieu rural (7 %).

Moins d'un cinquième des enfants de moins de 5 ans (19 %) a dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. La proportion est plus élevée parmi les enfants de moins de 12 mois (25 %) que parmi les autres. Chez les femmes enceintes de 15-49 ans, 20 % d'entre elles avaient dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête.

S'agissant du contrôle du paludisme pendant la grossesse, l'EDS-RDC montre que plus d'un tiers des femmes (36 %) avait pris des antipaludéens au cours de leur dernière grossesse. Le recours aux antipaludéens est plus fréquent en milieu urbain (53 %) que rural (25 %). Dans 16 % des cas, les femmes ont pris de la SP/Fansidar au moins une fois et seulement 7 % des femmes en avaient pris deux doses ou plus.

Parmi les enfants de moins cinq ans, un peu plus de trois sur dix (31 %) avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Concernant le traitement offert, les résultats montrent que dans 30 % des cas, il s'agissait d'antipaludéens ; 17 % avaient commencé ce traitement soit le jour où la fièvre était apparue, soit le jour suivant.

Bien que décommandé par le Programme National de Lutte contre le paludisme (PNLP), le médicament le plus fréquemment utilisé est la quinine (16 %) ; l'artésunate ne représente que moins d'un pour cent et la SP/Fansidar a été donnée à seulement 3 % des enfants ayant eu de la fièvre.

NUTRITION

Par rapport à l'indice taille-pour-âge, les résultats montrent que 46 % des enfants de moins de cinq ans accusent un retard de croissance et, souffrent donc de malnutrition chronique. Près d'un enfant sur quatre (24 %) en souffre sous la forme sévère. À l'exception de Kinshasa, toutes les provinces sont gravement affectées par cette forme de malnutrition.

En fonction de l'indice poids-pour-taille, on constate qu'un enfant sur dix (10 %) est émacié ou souffre de malnutrition aiguë. La prévalence de l'émaciation varie avec l'intervalle intergénésique, le

niveau d'émaciation étant plus élevé parmi les enfants nés moins de deux ans après leurs aînés (13 %) que parmi ceux dont l'intervalle intergénésique est de 48 mois ou plus (7 %). Par ailleurs, la prévalence de l'émaciation varie fortement selon l'état nutritionnel de la mère : 18 % parmi les enfants dont la mère est maigre et 9 % parmi ceux dont la mère a un Indice de Masse Corporelle (IMC) normal.

L'indice poids-pour-âge qui détermine l'insuffisance pondérale permet de constater qu'un enfant de moins de 5 ans sur quatre (25 %) souffre d'insuffisance pondérale, soit 17 % sous la forme modérée et 8 % sous la forme sévère.

L'allaitement est une pratique généralisée en RDC ; la quasi-totalité des enfants (95 %) nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête ont été allaités. Cette pratique est uniforme quelles que soient les caractéristiques des mères considérées. L'enquête établit que 48 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois dans l'heure qui a suivi leur naissance. Globalement, 82 % des enfants ont été allaités pour la première fois dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance. La moitié des enfants sont allaités durant une période d'au moins 21,0 mois. Par ailleurs, on note que 18 % des enfants ont reçu des aliments autres que le lait maternel avant le début de l'allaitement. En outre, les résultats montrent que les jeunes enfants ne sont pas nourris conformément aux pratiques d'alimentation adéquates du jeune enfant recommandées par l'OMS et l'UNICEF. Seulement un enfant de moins de 6 mois sur trois (36 %) est allaité exclusivement. À l'opposé, 18 % des enfants de 6 à 9 mois n'ont pas reçu d'aliments et ne sont donc pas nourris de façon appropriée.

L'état nutritionnel des femmes est évalué au moyen de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Les résultats montrent que près d'une femme sur cinq (19 %) a un indice inférieur à 18,5, seuil considéré comme normal, ce qui dénote un état de déficience énergétique chronique. En gros, la proportion de femmes souffrant de malnutrition est plus élevée en milieu rural (21 %) qu'en milieu urbain (16 %).

Sept enfants de 6-59 mois sur dix (71 %) sont atteints d'anémie : 23 % sous une forme légère, 44 % sous une forme modérée et 4 % sous une forme sévère. Plus de la moitié des femmes de 15-49 ans enquêtées (53 %) sont anémiées : 35 % souffrent d'anémie sous une forme légère, 16 % sous une forme modérée et 1 % sous une forme sévère. Parmi les hommes de 15-49 ans, la proportion de ceux qui sont anémiés est de 20 % : 15 % des hommes sont anémiés sous la forme légère, 4 % sous la forme modérée et 1 % sous la forme sévère.

Parmi les femmes de 15-49 ans qui avaient un enfant de moins de trois ans vivant avec elle, 22 % avaient consommé des aliments riches en vitamine A. Par ailleurs, plus de la moitié des femmes (52 %) n'ont pas pris de fer au cours de la grossesse. Enfin, 79 % des femmes, vivent dans un ménage disposant du sel correctement iodé. Cette proportion est identique chez les enfants. Parmi les enfants de 6-59 mois, 55 % avaient reçu des suppléments de vitamine A au cours des 6 derniers mois.

MORTALITÉ DES ENFANTS

La mortalité des enfants est élevée en RDC. Les résultats montrent que durant la période récente (2002-2007), sur 1 000 naissances vivantes, 92 décèdent avant d'atteindre le premier anniversaire (42 entre 0 et 1 mois exact et 50 entre 1 et 12 mois exact). Par ailleurs, sur 1 000 enfants ayant atteint le premier anniversaire, 62 décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. Globalement, le risque de décès entre la naissance et le cinquième anniversaire est de 148 pour 1 000 naissances, soit environ un enfant sur sept. Le risque de décéder avant l'âge de cinq ans est plus élevé pour les enfants du milieu rural que pour ceux du milieu urbain (177 ‰ contre 122 ‰), ainsi que pour les enfants des ménages les plus pauvres (184 ‰) par rapport aux enfants des ménages les plus riches (97 ‰). Le risque de décéder avant l'âge d'un an est plus élevé pour un enfant né d'une mère de moins de 20 ans (110 ‰) et pour un enfant né d'une mère de 40 à 49 ans (102 ‰) que pour un enfant né d'une mère de 20 à 29 ans. De même, lorsque l'intervalle intergénésique est de moins de 2 ans, le risque de décéder avant l'âge d'un an est 2,3 fois plus élevé que lorsque l'intervalle est de 4 ans ou plus (145 ‰ contre 62 ‰).

MORTALITÉ MATERNELLE

La mortalité maternelle est élevée en RDC. Pour la période 0-4 ans avant l'enquête, le taux de mortalité maternelle est estimé à 549 décès

maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie, calculé à partir du taux de mortalité maternelle est de l'ordre de 0,034, ce qui signifie en d'autres termes, qu'en RDC une femme court un risque d'environ 1 sur 29 de décéder pour une cause maternelle durant les âges de procréation.

CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DU VIH/SIDA

La quasi-totalité des enquêtés ont entendu parler du VIH/sida (92 % des femmes et 97 % des hommes) ; cependant, seulement 15 % des femmes et 22 % des hommes de 15-49 ans peuvent être considérés comme ayant une connaissance « complète » du sida. La possibilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'allaitement est connue par 55 % des femmes et 53 % des hommes ; mais seulement 14 % des femmes et 15 % des hommes savent que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse.

Le niveau global de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH est faible : seulement 6 % des femmes et 11 % des hommes feraient preuve de tolérance dans les quatre situations suivantes : prendre soin chez soi d'un membre de la famille vivant avec le VIH, acheter des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH, garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH et autoriser une enseignante vivant avec le VIH à continuer à travailler.

Au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête, 19 % des femmes et 44 % des hommes de 15-49 ans ont eu des rapports sexuels à hauts risques (rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant). Parmi eux, 17 % des femmes et 27 % des hommes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques. Par ailleurs, un homme de 15-49 ans sur dix (10 %) a déclaré avoir eu des rapports sexuels payants au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et parmi eux, 26 % ont déclaré avoir utilisé un condom.

L'EDS-RDC montre que près de deux femmes sur cinq (37 %) contre environ un homme sur deux (49 %) ont déclaré connaître un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH. Cependant, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, neuf personnes sur dix n'ont jamais effectué de test. Les femmes et les hommes qui ont déjà effectué un test du VIH antérieur à l'enquête et qui en ont reçu les résultats représentent 9 %. Au cours des 12 derniers mois, seulement 4 % des femmes et des hommes ont effectué le test du VIH et ont reçu les résultats.

Parmi les jeunes de 15-24 ans, 15 % des jeunes femmes et 21 % des jeunes hommes ont une connaissance considérée comme « complète » du sida. En outre, 18 % des jeunes femmes et des jeunes hommes ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans exacts et 9 % des jeunes hommes et 5 % des jeunes femmes ont utilisé un condom lors de leurs premiers rapports sexuels. Par ailleurs, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, 37 % des jeunes femmes célibataires et 51 % des jeunes hommes célibataires ont eu des rapports sexuels. Lors des derniers rapports sexuels prénuptiaux, 16 % des jeunes femmes et 26 % des jeunes hommes ont utilisé le condom. De plus, au cours des 12 derniers mois, 82 % des jeunes hommes et 35 % des jeunes femmes ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Enfin, seulement 4 % des jeunes femmes et 3 % des jeunes hommes de 15-24 ans ont effectué un test du VIH, ont obtenu les résultats et connaissent donc leur statut sérologique.

PRÉVALENCE DU VIH

Dans l'ensemble, 88 % des enquêtés ont fourni les gouttes de sang qui ont été analysées pour le test du VIH. Le taux de couverture est plus élevé en milieu rural (91 %) qu'en milieu urbain (86 %). En général, le taux est plus élevé chez les femmes (90 %) que chez les hommes (86 %). Au total, 6 % des femmes et 7 % des hommes ont refusé le test.

La prévalence de l'infection par le VIH dans la population âgée de 15-49 ans est de 1,3 %. Le taux de prévalence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes ; le ratio entre les femmes et les hommes est de 1,78. La prévalence du VIH atteint 4,4 % chez les femmes à 40-44 ans et 1,8 % à 35-39 ans chez les hommes. Elle est deux fois plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (1,9 % contre 0,8 %). Les femmes en rupture d'union et, plus particulièrement, les veuves, sont proportionnellement plus infectées que les femmes

en union ou les célibataires. Une veuve sur onze est séropositive. La prévalence du VIH est plus élevée parmi les femmes et les hommes vivant dans les ménages les plus riches.

La prévalence du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est estimée à 0,8 %. Elle est deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (1,0 % contre 0,5 %). Elle atteint son niveau le plus élevé chez les jeunes hommes de 15-17 ans (2,4 %).

Près de neuf personnes de 15-49 ans séropositives sur dix (86 %) ne connaissent pas leur statut sérologique soit parce qu'elles n'ont jamais effectué le test du VIH (82 %), soit qu'elles ont effectué le test mais n'ont pas reçu les résultats du dernier test (3 %).

SITUATION DES ENFANTS

Selon l'EDS-RDC, 9 % des enfants de moins de 18 ans sont des orphelins d'au moins un parent et 18 % sont considérés comme étant devenus vulnérables du fait d'une maladie ou d'un décès survenu parmi les membres adultes du ménage. Globalement, 25 % de ces enfants sont considérés des orphelins ou enfants rendus vulnérables (OEV).

Par rapport aux autres enfants, les OEV sont désavantagés sur le plan scolaire : parmi les enfants de 10-14 ans, 81 % des enfants dont les deux parents sont en vie ou qui vivent avec au moins l'un d'eux vont à l'école, contre 63 % de ceux dont les deux parents sont décédés. De même, 80 % des non OEV fréquentent l'école contre 74 % des OEV. Par ailleurs, la proportion d'enfants qui présentent une insuffisance pondérale est plus élevée parmi les OEV (30 %) que parmi les non OEV (24 %). En outre, les résultats de l'EDS-RDC montrent que la protection et la prise en charge des OEV est très faible : 69 % des femmes qui sont ou ont été veuves ont déclaré avoir été dépossédées de leurs biens, aggravant ainsi leur état de vulnérabilité et celui de leurs enfants et pour 91 % des OEV, le ménage n'a reçu aucun soutien au cours des 12 derniers mois.

STATUT DE LA FEMME

Au total, 79 % des femmes en union âgées de 15-49 ans ont déclaré avoir travaillé au cours des douze derniers mois. Parmi elles, 26 % ont été rémunérées en argent seulement, 45 % en argent et nature, 13 % en nature seulement et 16 % n'ont pas été rémunérées. La décision de l'utilisation du revenu de la femme revient principalement à la femme dans 25 % des cas, au mari et à la femme ensemble dans 47 % des cas et principalement au mari dans 28 % des cas.

Concernant la prise de décisions dans le ménage, les résultats indiquent que c'est en ce qui concerne la préparation du repas quotidien que la proportion de femmes qui décident seules est la plus élevée (57 %). Pour les autres sujets, les décisions se prennent plus fréquemment avec le conjoint même en ce qui concerne les propres soins de santé de la femme.

Quant aux attitudes sur le rôle des sexes, l'enquête révèle que plus des trois quarts des femmes (76 %) pensent que le mari a le droit de battre sa femme pour au moins l'une des certaines raisons. Par ailleurs, 22 % des femmes pensent qu'une femme a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son partenaire pour une raison ou un autre.

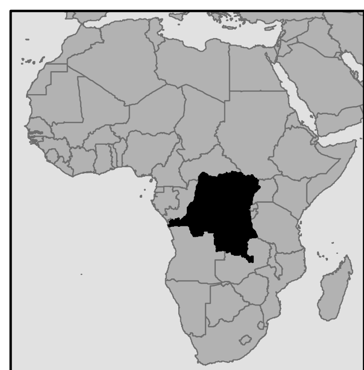
VIOLENCE DOMESTIQUE

Près de deux femmes sur trois (64 %) ont déclaré avoir subi des violences physiques à un moment quelconque de leur vie depuis l'âge de 15 ans et près de la moitié (49 %) au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Toutes les catégories de femmes sont touchées par les violences domestiques. Dans 74 % des cas, l'auteur des actes de violences est le conjoint actuel ou précédant. En outre, 12 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences alors qu'elles étaient enceintes. Près de deux femmes sur cinq (37 %) ont déclaré avoir subi plus de cinq fois des actes de violences commis par leur mari/partenaire au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, 16 % des femmes ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à un moment quelconque de leur vie contre leur volonté et 4 % au cours des 12 derniers mois.

Indicateurs du Millénaire, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007			
Objectif	Indicateur	Valeur	
1. Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	4. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	Masculin : 27,5 % Féminin : 22,7 %	Ensemble : 25,1 %
2. Assurer l'éducation primaire pour tous	6. Taux net de scolarisation dans le primaire	Masculin : 62,5 % Féminin : 59,4 %	Ensemble : 61,0 %
	7. Proportion d'écoliers commençant la première année d'études dans l'enseignement primaire et achevant la cinquième	Masculin : 80,4 % Féminin : 76,9 %	Ensemble : 78,9 %
	8. Taux d'alphabétisation de la population âgée de 15 à 24 ans	Masculin : 83,1 % Féminin : 62,3 %	Ensemble : 72,1 %
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	9. Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur		0,74
	10. Taux d'alphabétisation des femmes de 15 à 24 ans par rapport à celui des hommes		0,84
	11. Proportion de femmes salariées dans le secteur non agricole		34,5 %
4. Réduire la mortalité infantile	13. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans		148 pour 1 000
	14. Taux de mortalité infantile		92 pour 1 000
	15. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	Masculin : 61,9 % Féminin : 63,9 %	Ensemble : 62,9 %
5. Améliorer la santé maternelle	16. Taux de mortalité maternelle		549 pour 100 000
	17. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié		74,0 %
6. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies	19. Taux d'utilisation du préservatif sur le taux de prévalence des contraceptifs		17,2 %
	19A. Utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (population âgée de 15 à 24)	Masculin : 26,6 % Féminin : 17,0 %	Ensemble : 23,7 %
	19B. Population âgée de 15 à 24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/sida	Masculin : 20,7 % Féminin : 15,1 %	Ensemble : 17,8 %
	19C. Taux de prévalence des contraceptifs		20,6 %
	20. Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	Masculin : 0,82 Féminin : 0,71	Ensemble : 0,77
7. Assurer un environnement durable	29. Proportion de la population utilisant des combustibles solides	Urbain : 88,0 % Rural : 99,9 %	Ensemble : 94,8 %
	30. Proportion de la population ayant accès de façon durable à une source d'eau améliorée (zones urbaines et rurales)	Urbain : 80,5 % Rural : 23,8 %	Ensemble : 48,2 %
	31. Proportion de la population ayant accès à un système d'assainissement amélioré (zones urbaines et rurales)	Urbain : 21,5 % Rural : 14,5 %	Ensemble : 17,6 %

République Démocratique du Congo

République Centrafricaine
Soudan
Cameroun
Orientale
Équateur
République
du Congo
Gabon
Ouganda
Nord-
Kivu
Rwanda
Sud-
Kivu
Kasaï
Oriental
Maniema
Burundi
Kinshasa
Bandundu
Bas-Congo
Kasaï
Occidental
Tanzanie
Katanga
Océan Atlantique
Angola
0 125 250 500 Kilomètres
Zambie



PRÉSENTATION DU PAYS, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE 1

1.1 PRESENTATION DU PAYS

1.1.1 Situation géographique

La République Démocratique du Congo (RDC) est un pays situé en Afrique Centrale, à cheval sur l'Équateur et compris entre 5° latitude nord et 13° latitude sud. Sa superficie est de 2 345 409 km². Il partage des frontières longues de 10 292 km avec 9 pays, à savoir, la République du Congo et l'enclave de Cabinda (Angola) à l'Ouest ; la République Centrafricaine et le Soudan au Nord ; l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'Est ; la Zambie au Sud-Est et l'Angola au Sud.

Le relief de la RDC est diversifié. Au centre, se trouve une cuvette qui occupe 48 % de la superficie du territoire national et dont l'altitude moyenne est de 350 m. Cette cuvette est couverte par une forêt dense avec de nombreuses étendues marécageuses. Autour de la cuvette s'étalent une série de plateaux étagés qui s'étendent jusque dans les pays frontaliers, à l'exception de la partie orientale où les plateaux se terminent par des montagnes dont l'altitude moyenne dépasse les 1 000 m.

Avec ce relief, la RDC connaît un climat chaud et humide sur la majeure partie de son territoire. Dans la cuvette, on observe une pluviométrie élevée atteignant parfois jusqu'à 2 000 mm par an. Celle-ci s'accompagne d'une température également élevée dont la moyenne annuelle est de 25°. La pluviométrie et surtout la température s'abaissent au fur et à mesure qu'on s'approche du relief montagneux de l'Est.

Quant à l'hydrographie de la République Démocratique du Congo, elle est essentiellement constituée du bassin du fleuve Congo qui, long de 4 700 km, traverse le pays d'Est en Ouest dans sa partie nord et, du nord au sud dans sa partie occidentale avant de se jeter dans l'océan Atlantique. Alimenté par des rivières situées de part et d'autre de l'Équateur et qui se ressourcent dans des zones dont les saisons alternent, le fleuve Congo a un débit régulier et offre, avec ses affluents pour la plupart navigables, d'énormes possibilités pour le transport fluvial.

Influencés par le relief, le climat et l'hydrographie, le sous-sol et le sol offrent également des potentialités minières et agricoles importantes et variées. S'agissant du sous-sol, la RDC regorge de nombreux minerais dont les plus importants sont le cuivre, le diamant et l'or.

1.1.2 Organisation administrative

La République Démocratique du Congo est subdivisée en 11 *provinces*, y compris la Ville de Kinshasa, la capitale, qui a rang de province.

Les provinces sont subdivisées en *villes* et *districts*, à l'exception des provinces du Maniema, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu qui sont des anciens districts érigés en province et qui, elles, sont subdivisées directement en territoires. Au total, la RDC compte 21 villes statutaires. Il s'agit de toutes les capitales de province, qui le sont de droit et des agglomérations suivantes : Boma, Kikwit, Gbadolite, Zongo, Beni, Butembo, Likasi, Kolwezi, Mwene-Ditu et Tshikapa.

Les villes ont rang de district et sont subdivisées en *communes*. Il y a 97 communes au total. Les districts, au nombre de 25, sont subdivisés en *territoires*. Il y a, dans l'ensemble, 145 territoires dont deux sont annexés à la ville de Kolwezi et un à la ville de Boma.

Les territoires sont subdivisés en *secteurs* ou *chefferies* et en *cités*. On dénombre 476 secteurs et 261 chefferies. Ce sont des entités décentralisées, dotées de personnalité juridique. Les cités, par contre, sont de simples subdivisions administratives gérées par un administrateur assistant nommé. Les chefs-lieux de district et de territoire sont, de droit, des cités. Le ministère de l'Intérieur, Décentralisation et Sécurité mentionne 98 cités dans sa nomenclature des subdivisions administratives. Les cités, à l'instar des communes des villes, sont subdivisées en *quartiers*.

Les secteurs et chefferies sont subdivisés en *groupements*. Il y a 5 397 groupements reconnus en RDC. Les groupements sont subdivisés en *villages*.

1.1.3 Aperçu démographique et socioculturel

De 13,5 millions[1] en 1958, la population congolaise a augmenté rapidement, passant de 21,6 millions en 1970[2], à 30,7 millions en 1984[3]. En 2007, l'Institut National de la Statistique (INS) l'a estimée à 65,8 millions d'habitants dont près de 7,9 millions vivaient dans la seule ville de Kinshasa, la capitale du pays.

La population de la RDC se caractérise par son extrême jeunesse. En effet, près de 50 % de la population ont moins de 15 ans et moins de 5 % ont plus de 60 ans.

Du point de vue de la répartition de la population par milieu de résidence, les données de 1984 indiquaient qu'environ 70 % de la population congolaise vivaient en milieu rural contre près de 30 % dans les villes. Mais avec les multiples mouvements de populations occasionnés par les conflits armés de ces dernières années, la proportion de la population vivant en milieu urbain devrait se situer actuellement entre 40 et 45 %.

En termes de composition ethnique, la RDC compte quelques 40 ethnies qu'on peut catégoriser en quatre groupes principaux, à savoir les bantous (majoritaires), les nilotiques, les soudanais et les pygmées.

Le Français est la langue officielle en République Démocratique du Congo. Cependant, il y existe 4 langues nationales qui sont le Kikongo (parlé à l'Ouest), le Lingala (parlé à Kinshasa et au Nord-Ouest), le Tshiluba (parlé au centre sud) et le Swahili (parlé à l'Est).

1.1.4 Contexte politique

Depuis l'accession du pays à l'indépendance en 1960, la RDC a connu une situation politique caractérisée par une grande instabilité. Quatre périodes ont marqué la vie politique du pays.

La première, située entre 1960 et 1965, a été marquée par une lutte acharnée entre partis politiques constitués sur des bases tribales ou régionales. Cette lutte pour la conquête du pouvoir a entraîné, durant toute la Première République, des rébellions et des sécessions qui ont coûté la vie à près de deux millions de Congolais. Elle s'est terminée par un coup d'état militaire.

La deuxième, période entre 1965 et 1997, coïncide avec la Deuxième République et a été caractérisée par un régime totalitaire. C'est vers la fin de cette période (1991) qu'ont été organisés les travaux de la Conférence Nationale Souveraine qui ont lancé le processus démocratique dont le blocage a plongé le pays dans un grand désordre politique et social. Elle s'est terminée par l'installation du pouvoir

---

[1] Vanderlinden et al, 1980
[2] Ministère de l'Intérieur, 1970.
[3] Institut National de la Statistique, 1992.

de l’Alliance des Forces démocratiques pour la Libération du Congo (AFDL) après la guerre dite de « libération » (1996-1997).

La troisième période, entre 1997 et 2006, est caractérisée par une longue période de transition, à la recherche d’un ordre politique nouveau. Cette période a été marquée par la guerre dite d’« agression » (1998-2001), menée contre le pouvoir de l’AFDL par des forces rebelles appuyées par les armées de certains pays frontaliers. Ces deux guerres ont provoqué une insécurité généralisée, de nombreux déplacements de population, d’énormes pertes en vies humaines et matérielles et une tentative de partition du pays.

Cette période a également été marquée par la conclusion de l’Accord de paix et de réconciliation nationale (décembre 2002) qui a abouti à la mise en place des institutions de transition, l’adoption de la nouvelle Constitution (décembre 2005) et l’organisation des élections législatives et présidentielles (deuxième semestre 2006).

La quatrième période, de 2007 à ce jour, se caractérise par la mise en place des institutions de la Troisième République. Durant cette période, des efforts ont été entrepris pour unifier le pays et ramener la paix dans toute la RDC. Mais au moment où se déroulait la première Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC), il existait encore ça et là des zones d’insécurité, notamment dans les provinces du Nord et du Sud-Kivu.

1.1.5 Contexte socio-économique

Après une période de prospérité issue de la colonisation, jusqu’au début des années 1970, l’économie congolaise a connu, durant plus de 3 décennies, une situation de crise aiguë caractérisée notamment par une croissance négative, une instabilité monétaire, due essentiellement à une baisse drastique de la production, des recettes budgétaires et des investissements et à un endettement excessif avec un service de la dette extrêmement lourd.

Au cours de la période qui a précédé la réalisation de la première Enquête Démographique et de Santé, la situation économique du pays était difficile. Elle était caractérisée par le tarissement des ressources publiques, la chute des investissements et des exportations, l’accumulation des déficits internes et externes ainsi que par la persistance de l’endettement extérieur dont le niveau au 31 décembre 2005 a été évalué à 10,822 milliards de dollars américains.

Cette situation a entraîné une forte dégradation du pouvoir d’achat de la population. La pauvreté s’est accrue et la société reste marquée par de grandes disparités et un nivellement vers le bas pour toutes les catégories sociales. L’accès aux services sociaux de base (eau, électricité, soins de santé primaires, scolarisation des enfants, etc.) est difficile pour la plupart des ménages.

La précarité de la situation sociale est exacerbée par la destruction et le manque d’entretien des infrastructures socio-économiques (voies de communication en particulier) et l’existence d’un nombre élevé de personnes sinistrées victimes, dans leur large majorité, des conflits.

Cependant, des lueurs d’espoir pointent à l’horizon, notamment avec la fin de la guerre, la mise en place des institutions issues des élections et la réaction favorable de l’économie aux avancées politiques et sécuritaires. En effet, l’environnement macro-économique est marqué par une stabilité des prix intérieurs et du taux de change ainsi que par le maintien de la croissance économique amorcée depuis 2003.

1.2 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1.2.1 Objectifs de l'EDS-RDC

Les objectifs assignés à la première édition de l'Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo (EDS-RDC) peuvent se résumer de la manière suivante :

- Fournir aux responsables et aux programmes de population en République Démocratique du Congo des données de base actualisées sur la fécondité, la mortalité, la planification familiale et la santé de la reproduction ;

- Permettre l'élaboration des indicateurs de suivi définis lors des grands sommets sur la population et la santé et par le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté ;

- Analyser les facteurs qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité et de la mortalité infanto-juvénile ;

- Actualiser les données sur la santé de la mère et de l'enfant : vaccination ; prévalence et traitement de la diarrhée, de la fièvre et de la toux ; paludisme ; visites prénatales ; assistance à l'accouchement ; et allaitement maternel ;

- Mesurer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans et des femmes par le biais des mesures anthropométriques ;

- Estimer la prévalence de l'anémie au sein de la population ;

- Évaluer le niveau de connaissance du VIH/sida ;

- Estimer la prévalence du VIH dans la population générale d'âge adulte.

1.2.2 Échantillonnage

L'échantillon de l'EDS-RDC est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés dans les villes statutaires, et à trois degrés dans les cités et le milieu rural. À l'exception de Kinshasa, chaque province est subdivisée en trois strates : la strate des villes statutaires, la strate des cités, et la strate du milieu rural. Au total, 34 strates d'échantillonnage ont été créées. La base de sondage est une liste complète des quartiers des villes statutaires et des cités en milieu urbain d'une part ; et des secteurs ou chefferies en milieu rural d'autre part. Cette base, établie pour le besoin du recensement de la population en RDC de 1984, a été actualisée plusieurs fois, à l'occasion des différentes opérations de collecte organisées dans le pays. Elle a servi comme base de sondage de la deuxième Enquête à Indicateurs Multiples (MICS2) de 2001 et de l'Enquête 1-2-3 (emploi, secteur informel et consommation des ménages) de 2005.

Dans les villes statutaires, on a tiré au premier degré, un certain nombre de quartiers à partir de la liste exhaustive de l'ensemble des quartiers. Au second degré, on a tiré les ménages dans les quartiers sélectionnés. Dans le milieu rural et les cités, on a tiré au premier degré la collectivité (secteur, chefferie) ou la cité ; et au second degré le village dans les secteurs et chefferies, les quartiers dans les cités. Au troisième degré on a tiré les ménages dans les villages ou quartiers échantillonnés.

L'unité de sondage finale retenue est la grappe (quartier ou village)[4] et au total, 300 grappes ont été tirées. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces unités a fourni une liste de ménages à partir de laquelle a été tiré un échantillon de ménages. La grappe correspond au quartier ou au village lorsque la taille en ménages de celui-ci n'excède pas 500. Au delà de ce total, le quartier ou le village échantillonné est subdivisé en plusieurs segments parmi lesquels un seul est retenu dans l'échantillon. Un total de 9 000 ménages (3 690 en milieu urbain et 5 310 en milieu rural) devaient être sélectionnés. Toutes les femmes de 15 à 49 ans résidant dans ces ménages devaient être enquêtées. Un sous-échantillon d'un ménage sur deux (4 500 ménages) a également été tiré pour l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, des femmes en âge de procréer et pour réaliser le test d'anémie. Dans ce sous-échantillon, tous les hommes de 15 à 59 ans devaient être interviewés et ils étaient concernés, en plus des femmes de 15-49 ans, par les tests d'anémie et du VIH.

1.2.3 Organisation de l'enquête

Cadre institutionnel

Au plan légal, il a été mis en place, par arrêté ministériel, une structure chargée de la réalisation de l'EDS-RDC de 2007 sous la tutelle du Ministère du Plan. Elle était composée d'un Comité de Pilotage et d'un Comité Permanent. Le Comité de Pilotage donnait les grandes orientations au Comité Permanent et assurait le suivi de la mise en œuvre des activités du projet à travers les réunions ordinaires instituées à cet effet. Ses membres étaient des représentants de Macro International, du Comité d'éthique en matière de VIH/sida, des institutions nationales et internationales œuvrant dans les domaines de la santé, du VIH/sida, du paludisme, de la nutrition, etc.

Le Comité Permanent était l'organe technique chargé de la gestion quotidienne des activités du projet. Il était composé de quatre membres : un représentant de Macro International et de trois consultants ayant une expérience confirmée dans la réalisation des enquêtes de ce type.

Organisation matérielle et logistique

Pour faciliter la réalisation des travaux de collecte des données sur le terrain, les 300 grappes (zones d'enquête) ont été réparties en pools d'enquête. Au total, 26 pools d'enquête ont été créés en privilégiant, entre autres, les critères d'accès facile et de dispersion moindre. Le nombre de grappes par pool d'enquête a varié de 4 dans le pool de Boende à 24 dans celui de Kinshasa 1. Toutes les activités de collecte au sein du pool étaient organisées par un superviseur recruté et formé à cet effet.

À l'exception des équipements et du matériel d'enquête des pools de Kinshasa 1, Kinshasa 2, Mbanza-Ngungu et de Boma, ceux des 22 autres pools ont été acheminés au chef lieu par fret aérien. De même, les questionnaires remplis ont été rassemblés par le superviseur au chef lieu de pool puis acheminés au bureau central à Kinshasa par fret aérien.

Interfaces du projet

Dans chaque chef-lieu de pool d'enquête de l'EDS-RDC, un point focal du projet a été identifié. Ce dernier était le Chef de Division Provinciale du Plan ou le Médecin Inspecteur de District ou le Médecin Chef de Zone. Il était chargé d'apporter un appui au superviseur du pool de l'EDS-RDC dans l'organisation de l'enquête dans le pool. Cet appui se résumait, entre autres, à la facilitation des contacts avec les autorités administratives, religieuses et coutumières et la mobilisation sociale à travers des activités de sensibilisation.

---

[4] Le quartier est tiré dans les villes statutaires ou la cité en milieu urbain. Le village est tiré dans le secteur ou dans la chefferie en milieu rural.

Dans chaque grappe de l'échantillon, une interface du projet a également été identifiée. Ce répondant du projet qui était le chef de quartier (en milieu urbain) ou le chef de village (en milieu rural) avait pour mission de désigner deux personnes ressources[5] connues et acceptées dans le milieu (un guide et un agent sensibilisateur) pour accompagner l'équipe EDS-RDC chargée de la collecte des informations dans les ménages.

Le personnel de terrain, à l'exception des candidats au poste de superviseur, a été recruté au niveau local, c'est-à-dire au chef lieu de pool.

Questionnaires

Dans le cadre de l'EDS-RDC, trois questionnaires ont été utilisés : le Questionnaire Ménage, le Questionnaire Femme et le Questionnaire Homme. Leur contenu est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme MEASURE DHS. Ils ont été adaptés au contexte du pays sur des bases participatives.

Le Questionnaire Ménage a été utilisé pour lister tous les membres habituels et les visiteurs des ménages sélectionnés. Des informations de base sur les caractéristiques de chaque personne ont été collectées, notamment l'âge, le sexe, l'instruction et le lien de parenté avec le chef de ménage. L'objectif principal du Questionnaire Ménage était d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour des interviews individuelles. Il a aussi permis de collecter des informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'eau de boisson, le type de toilette, le type de matériau du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de moustiquaires et le type de sel utilisé dans le ménage. Des questions concernant le type d'aide ou de support reçu par les enfants orphelins et vulnérables et le travail des enfants de 5-17 ans étaient aussi posées. Ce questionnaire a également été utilisé pour enregistrer les personnes éligibles pour les mesures anthropométriques (poids et taille) et les tests d'hémoglobine et du VIH.

Le Questionnaire Femme a été utilisé pour collecter des informations sur toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans). Les questions ont porté sur des sujets très variés tels que :

- les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées ;
- l'historique des naissances ;
- la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- les préférences en matière de fécondité ;
- les soins avant, pendant et après l'accouchement ;
- l'allaitement et les pratiques d'alimentation des enfants ;
- la vaccination et les maladies des enfants ;
- le mariage et l'activité sexuelle ;
- les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme ;
- le sida et les autres maladies sexuellement transmissibles ;
- la mortalité maternelle ;
- les violences domestiques.

---

[5] Au plan administratif chaque bureau de quartier ou de village emploie un agent recenseur et un relais communautaire. L'agent recenseur est chargé de l'identification des habitants du quartier ou du village et le relais communautaire a pour mission de faire passer des informations au sein de la communauté. Pour bénéficier d'une plus grande coopération et collaboration des populations à l'enquête, l'EDS-RDC s'est appuyée sur les services d'un guide (agent recenseur) et d'un agent chargé de la sensibilisation des populations (relais communautaire) du quartier ou du village.

Le Questionnaire Homme a été administré à tous les hommes de 15-59 ans dans un ménage sur deux de l'échantillon de l'EDS-RDC. Il a permis de collecter le même type d'informations que le Questionnaire Femme ; cependant, il était plus court car ne comportant pas les questions concernant l'historique des naissances, la santé des mères et des enfants, la nutrition, la mortalité maternelle et les violences domestiques.

Tous les questionnaires ont été traduits dans les quatre principales langues parlées dans le pays : Kikongo, Lingala, Swahili et Tshiluba. Les interviews ont été conduites soit en français, soit dans l'une de ces quatre langues nationales ou leur variante.

Formation et collecte des données

Plusieurs activités de formation ont été organisées en vue de la validation des outils de collecte et de la préparation des agents de terrain à la collecte des informations fiables auprès de la population.

La première formation a concerné le personnel chargé d'expérimenter la méthodologie de tirage des ménages à enquêter et d'effectuer le pré-test des questionnaires. Elle s'est déroulée du 18 mai au 14 juin 2006 et a réuni 30 personnes (24 enquêtrices/enquêteurs et 6 agents de santé). Les travaux sur le terrain ont duré deux semaines, du 11 au 22 juillet 2006, et ont été réalisés dans neuf grappes dont trois en milieu rural et six en milieu urbain. Il convient de signaler que le début des travaux de terrain de l'enquête pilote n'ont pas pu intervenir conformément au calendrier de base pour des raisons administratives. La trêve a duré en effet plus de deux semaines et dans de pareilles circonstances, une remise à niveau est recommandée. C'est dans cette optique que des séances de révision générale ont été organisées du 28 juin au 10 juillet 2006 au bénéfice du personnel de terrain avant son déploiement pour le recueil des informations auprès de la population.

La formation pour l'enquête principale a été organisée en cascade. Au premier niveau, les candidats superviseurs de pool ont été formés. Cette phase s'est déroulée en deux étapes. La première étape a eu lieu du 14 décembre 2006 au 26 janvier 2007 et a consisté en des exposés théoriques et des séances pratiquées en salle. Au total, 53 personnes candidates au poste de superviseur de pool ont reçu une formation sur les techniques de conduite d'interviews, de remplissage des questionnaires, de prise de mesures anthropométriques, de prélèvement des échantillons de sang pour les tests d'anémie et de VIH. La seconde étape a porté sur la réalisation de l'enquête dans les ménages échantillons du pool de Kinshasa 1. Elle a concerné 48 candidats au poste de superviseur de pool présélectionnés en qualité d'enquêtrices/enquêteurs et agents de santé et organisés en 8 équipes. Cette seconde étape s'est déroulée du 31 janvier au 7 mars 2007 et a permis de sélectionner les 25 superviseurs de pool. Au deuxième niveau, la formation a bénéficié aux agents de terrain dans les 25 autres pools d'enquête. Elle a été assurée par chacun des 25 superviseurs retenus. Elle a débuté le 16 avril 2007 dans le pool de Mbanza-Ngungu et s'est terminée le 10 juin 2007 dans le pool de Boma. À ce niveau, 584 personnes ont été formées comme agents de terrain.

L'enquête principale, dans les pools autres que Kinshasa 1, a duré un mois et s'est étalée sur la période allant de mai à août 2007. Elle a mobilisé 571 agents répartis en 234 équipes de travail dont 53 équipes urbaines. Chaque équipe urbaine était composée d'un chef d'équipe, d'une contrôleuse, d'un agent de santé et de trois enquêtrices/enquêteurs. L'équipe du milieu rural comprenait seulement deux personnes, un(e) enquêtrice/enquêteur et un agent de santé.

Les supervisions des formations dans les pools et des activités de collecte des données ont été assurées par les membres du Comité permanent et quelques membres du Comité de pilotage et du Comité d'éthique en mission dans les différents pools d'enquête.

Les tests biologiques

L'une des particularités de l'EDS-RDC de 2007 aura été la réalisation des tests d'anémie et de VIH dans la population enquêtée. Ces tests ont été réalisés dans un sous-échantillon d'un ménage sur deux.

a) Test d'hémoglobine

Dans ce sous-échantillon d'un ménage sur deux, tous les enfants de moins de cinq ans, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test d'anémie.

Le test d'hémoglobine est la principale méthode pour diagnostiquer l'anémie ; ce test est effectué en utilisant le système d'HemoCue. Un texte de consentement éclairé était lu à la personne éligible ou au parent/adulte responsable de l'enfant ou du jeune de 15-17 ans. Ce texte expliquait l'objectif du test, informait l'individu éligible (ou le parent/personne responsable) que les résultats seraient communiqués immédiatement à l'issue du test, et sollicitait sa permission pour le test.

Avant de prélever le sang, le doigt était nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool et séché à l'air. Ensuite, le bout du doigt était piqué avec une lancette rétractable, stérile et à usage unique. Une goutte de sang était récupérée dans une microcuvette et ensuite introduite dans le photomètre HemoCue qui indiquait le niveau d'hémoglobine. Ces résultats étaient enregistrés dans le Questionnaire Ménage et communiqués à la personne testée, ou au parent/adulte responsable, en expliquant la signification des résultats. Si la personne présentait une anémie sévère (un taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl pour les enfants, les hommes et les femmes non enceintes, et inférieur à 9 g/dl pour les femmes enceintes), l'agent de santé lui fournissait un coupon de référence pour rechercher des soins auprès des services de santé.

b) Test du VIH

Le test du VIH était effectué dans le sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes. Les prélèvements de sang étaient effectués auprès de tous les hommes et toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le dépistage du VIH est basé sur le protocole anonyme-lié développé par le projet DHS (*Demographic and Health Surveys*) et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) de Macro International. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Le Comité d'Éthique de l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa a, après examen et amendement, approuvé le protocole anonyme-lié spécifique pour l'EDS-RDC et la version finale de déclaration de Consentement Éclairé et Volontaire du test. Les informations concernant ce protocole, la méthode de prélèvement sanguin et l'algorithme des tests de laboratoire sont développés au chapitre 15 sur la prévalence du VIH.

Traitement des données, apurement des fichiers et tabulation

La saisie des données sur micro-ordinateurs a débuté un mois après le démarrage de l'enquête dans les grappes d'enquête de la ville de Kinshasa. Le logiciel CSPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des États-Unis, le Programme MEASURE DHS et le SERPRO S.A., a été utilisé à cet effet. Avant la saisie, une équipe de 8 agents de codification, assistée d'un superviseur, a été chargée de la vérification des questionnaires venus du terrain et de la codification des questions ouvertes. La saisie a été réalisée de mars à avril 2007 (1ère phase) et de juillet à novembre 2007 (2ème phase) par 17 opérateurs, assistés de 3 superviseurs et encadrés par un coordonnateur mis à la disposition du projet par l'INS. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie pour éliminer du fichier le maximum d'erreurs de saisie.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter certaines des principales erreurs de collecte. Les messages d'erreurs sur les grappes de la ville de Kinshasa ont été exploités avec les superviseurs de pool avant leur déploiement à l'intérieur du pays. La vérification finale a été réalisée par l'équipe d'encadrement technique de l'EDS-RDC avec l'assistance d'un informaticien du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.

Des tableaux de données ont été produits et ont servi pour la préparation des rapports préliminaires et du rapport principal de l'EDS-RDC de 2007.

1.2.4 Couverture de l'échantillon

Les 300 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont été atteintes au cours de l'EDS-RDC. Au total, 9 002 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 8 945 ménages ont été identifiés au moment de l'enquête. Sur les 8 945 ménages identifiés, 8 886 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (tableau 1.1). Ce taux ne varie pas selon le milieu de résidence.

Tableau 1.1 Résultats des enquêtes ménage et individuelle

Effectif de ménages, de femmes et d'hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés et taux de réponse (non pondéré) par milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Milieu de résidence		
Enquête	Urbain	Rural	Ensemble
Enquête ménage			
Nombre de ménages sélectionnés	3 752	5 250	9 002
Nombre de ménages identifiés	3 726	5 219	8 945
Nombre de ménages enquêtés	3 697	5 189	8 886
Taux de réponse des ménages[1]	99,2	99,4	99,3
Enquête individuelle femme			
Effectif de femmes éligibles	4 970	5 368	10 338
Effectif de femmes éligibles enquêtées	4 789	5 206	9 995
Taux de réponse des femmes éligibles[2]	96,4	97,0	96,7
Enquête individuelle homme			
Effectif d'hommes éligibles	2 324	2 661	4 985
Effectif d'hommes éligibles enquêtés	2 182	2 575	4 757
Taux de réponse des hommes éligibles[2]	93,9	96,8	95,4

[1] Ménages enquêtés/ménages identifiés
[2] Enquêtés interviewés/enquêtés éligibles

À l'intérieur des 8 886 ménages enquêtés, 10 338 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 9 995 d'entre elles, l'enquête a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 97 % pour les interviews auprès des femmes. Ici encore, le milieu de résidence n'a eu aucun effet sur la disponibilité des enquêtées.

L'enquête homme, réalisée dans un ménage sur deux, a permis d'identifier au total 4 985 hommes de 15-59 ans. Parmi eux, 4 757 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 95 %, légèrement inférieur à celui des femmes. Le taux de réponse des hommes est légèrement plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (respectivement 97 % contre 94 %), les hommes étant généralement moins disponibles dans les villes que dans les campagnes.

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES 2

Le questionnaire ménage de l'EDS-RDC a permis de recueillir des informations sur les ménages et les logements. Il permet donc de connaître les caractéristiques de la population et l'environnement socioéconomique dans lequel celle-ci vit, éléments qui peuvent être considérés comme des déterminants de ses conditions de vie et de son état de santé. Ce chapitre analyse ces informations et présente les résultats en deux sections. La première décrit les caractéristiques sociodémographiques des membres des ménages, notamment la structure par âge et sexe, la taille et la composition des ménages, le niveau d'instruction, la fréquentation scolaire, le redoublement et l'abandon scolaires. La seconde examine les caractéristiques de l'habitat (approvisionnement en eau, disponibilité de l'électricité, type de toilettes, type de sol, pièces utilisées pour dormir, combustible utilisé pour cuisiner) et les biens possédés par les ménages.

2.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION DES MÉNAGES

2.1.1 Structures par âge et sexe

Le tableau 2.1 présente la répartition de la population des ménages par âge et sexe, selon le milieu de résidence. L'enquête ménage a touché 47 228 personnes dont 23 999 femmes et 23 228 hommes. En outre, on constate que 20 330 personnes, soit 43 % de l'ensemble, ont été enquêtées en milieu urbain et 26 898 (57 %) en milieu rural.

Tableau 2.1 Population des ménages par âge, sexe et milieu de résidence

Répartition (en %) de la population (de fait) des ménages selon le groupe d'âges quinquennal, par milieu de résidence et par sexe, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Urbain			Rural			Ensemble		
Groupe d'âges	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble	Masculin	Féminin	Ensemble
<5	17,9	17,4	17,6	19,5	20,0	19,7	18,8	18,9	18,8
5-9	15,7	14,6	15,1	17,1	15,7	16,4	16,5	15,2	15,9
10-14	13,9	13,4	13,6	14,6	12,8	13,7	14,3	13,0	13,6
15-19	10,4	10,7	10,6	9,6	7,8	8,7	10,0	9,0	9,5
20-24	9,0	10,2	9,7	7,7	9,7	8,7	8,3	10,0	9,1
25-29	6,8	7,6	7,2	6,5	7,0	6,7	6,6	7,3	6,9
30-34	5,7	6,5	6,1	5,2	5,3	5,3	5,4	5,9	5,6
35-39	5,0	4,7	4,8	4,4	4,5	4,5	4,7	4,6	4,6
40-44	4,2	3,6	3,9	3,7	4,2	4,0	3,9	4,0	3,9
45-49	3,2	2,7	2,9	3,6	3,7	3,6	3,4	3,3	3,3
50-54	2,5	2,9	2,7	2,2	3,4	2,8	2,3	3,2	2,8
55-59	1,8	2,1	1,9	2,0	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9
60-64	1,6	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5
65-69	1,2	0,9	1,0	1,1	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0
70-74	0,8	0,7	0,8	0,7	0,6	0,6	0,8	0,6	0,7
75-79	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
80 +	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	9 911	10 419	20 330	13 317	13 580	26 898	23 228	23 999	47 228

Note : Le total inclut 2 personnes pour lesquelles le sexe n'a pas été déclaré.

Le rapport de masculinité s'établit à 97 hommes pour 100 femmes et traduit donc une légère sous-représentation des hommes par rapport aux femmes. En outre, cette sous-représentation des hommes est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (95 hommes pour 100 femmes en urbain contre 98 hommes pour 100 femmes en rural).

La structure par grands groupes d'âge montre que près de la moitié de la population (48 %) est âgée de moins de 15 ans, ce qui peut être un atout tout en posant des défis importants pour le développement du pays. La proportion des personnes âgées (60 ans et plus) est de 3,9 % dans l'ensemble de la population et on ne note pratiquement pas d'écart entre les sexes (4,0 % chez les hommes contre 3,8 % chez les femmes), ni entre les milieux de résidence (3,8 % en milieu urbain contre 4,0 % en milieu rural).

La pyramide des âges de la population présente une allure caractéristique de pays à forte fécondité et forte mortalité : une base élargie qui se rétrécit rapidement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés (graphique 2.1). On observe néanmoins certaines irrégularités dans la pyramide en ce qui concerne les femmes : en effet, on observe à 15-19 ans une sous-estimation des effectifs et à 20-24 ans une surestimation. Il s'agit probablement d'un transfert des femmes du groupe d'âges 15-19 ans vers celui de 20-24 ans.

Graphique 2.1 Pyramide des âges de la population

Âge
80 +
75-79
70-74
65-69
60-64
55-59
50-54
45-49
40-44
35-39
30-34
25-29
20-24
15-19
10-14
5-9
0-4
Hommes
Femmes
10 8 6 4 2 0 2 4 6 8 10
Pourcentage

EDS-RDC 2007

2.1.2 Taille et composition des ménages

Le tableau 2.2 montre que seulement 21 % des ménages sont dirigés une femme. La proportion de femmes chefs de ménage est légèrement plus élevée en milieu urbain (22 %) qu'en milieu rural (20 %). La taille moyenne des ménages est de 5,4 personnes pour l'ensemble du pays ; elle est légèrement plus élevée dans les centres urbains (5,9 personnes) qu'en milieu rural (5,2 personnes). Ceci est corroboré par un autre résultat : 18 % des ménages urbains comptent 9 personnes ou plus alors qu'en milieu rural cette proportion n'est que de 11 %.

En ce qui concerne la situation des enfants de moins de 18 ans, le tableau indique que 25 % des ménages, soit un ménage sur quatre, hébergent des enfants confiés, c'est-à-dire des enfants qui vivent dans un ménage où il n'y a ni leur père ni leur mère. Ces ménages sont proportionnellement plus nombreux en milieu urbain (29 %) qu'en milieu rural (22 %). Dans 15 % des cas, les ménages comptent des enfants orphelins, surtout des orphelins simples (13 %) c'est-à-dire ceux qui ont perdu l'un des deux parents.

Tableau 2.2 Composition des ménages

Répartition (en %) des ménages selon le sexe du chef de ménage et la taille du ménage ; taille moyenne du ménage et pourcentage de ménages avec des orphelins et des enfants de moins de 18 ans vivant sans leurs parents, par milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
Sexe du chef de ménage			
Masculin	77,9	80,0	79,2
Féminin	22,1	20,0	20,8
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de membres habituels			
0	0,0	0,1	0,1
1	6,0	7,2	6,7
2	7,3	9,7	8,8
3	10,7	14,0	12,7
4	13,0	13,6	13,4
5	12,8	13,9	13,4
6	12,8	12,0	12,4
7	10,7	10,7	10,7
8	8,5	7,6	7,9
9+	18,0	11,3	14,0
Total	100,0	100,0	100,0
Taille moyenne des ménages	5,9	5,2	5,4
Pourcentage de ménages avec des orphelins et des enfants confiés de moins de 18 ans			
Enfants confiés[1]	28,5	22,1	24,7
Orphelins doubles	3,1	2,5	2,8
Orphelins simples	12,7	12,4	12,5
Enfants confiés ou orphelins	33,4	27,2	29,7
Effectif de ménages	3 548	5 338	8 886

Note : Le tableau est basé sur la population de droit des ménages, c'est-à-dire les résidents habituels.
[1] Les enfants confiés sont les enfants de moins de 18 ans qui vivent dans un ménage dans lequel il n'y a ni leur père ni leur mère.

2.1.3 Niveau d'instruction et fréquentation scolaire

Le niveau d'instruction d'une population témoigne des progrès accomplis par celle-ci en matière de scolarisation et même de développement. Il contribue à l'amélioration des conditions de vie des membres des ménages et de la société en général. Le niveau d'instruction influence aussi le comportement procréateur, l'utilisation des contraceptifs, le comportement en matière de santé, le niveau de scolarisation des autres membres du ménage ainsi que les habitudes d'hygiène et de nutrition. Les tableaux 2.3.1 et 2.3.2 présentent, pour les femmes et pour les hommes âgés de six ans et plus, la répartition de la population des ménages selon le niveau d'instruction atteint.

Les données montrent que 28 % des femmes congolaises n'ont jamais fréquenté l'école et n'ont donc aucun niveau d'instruction, alors que chez les hommes cette proportion est de 14 %. Ainsi, les femmes non instruites sont deux fois plus nombreuses que les hommes non instruits.

Tableau 2.3.1 Niveau d'instruction de la population des ménages : Femmes

Répartition (en %) de la population (de fait) des femmes des ménages, âgés de six ans et plus en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet[1]	Secondaire incomplet	Secondaire complet[2]	Supérieur	Total[3]	Effectif	Nombre médian d'années complétées
Groupe d'âges									
6-9	42,5	56,6	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 818	0,0
10-14	14,0	75,5	2,1	8,1	0,0	0,0	100,0	3 130	1,9
15-19	13,8	38,0	5,3	41,1	1,0	0,7	100,0	2 168	4,8
20-24	19,9	28,4	7,3	34,0	6,5	3,5	100,0	2 391	5,2
25-29	20,6	29,4	6,8	29,6	9,2	3,8	100,0	1 749	4,9
30-34	22,2	27,5	8,6	30,1	8,4	2,6	100,0	1 405	5,0
35-39	22,8	29,3	8,5	29,1	6,7	3,1	100,0	1 109	4,7
40-44	31,4	30,9	9,5	20,3	5,7	1,9	100,0	949	3,2
45-49	34,6	32,9	7,6	18,6	5,2	0,5	100,0	781	2,3
50-54	46,6	30,4	4,6	14,2	1,9	0,8	100,0	766	0,4
55-59	53,4	27,6	4,6	8,6	2,8	0,7	100,0	457	0,0
60-64	65,2	21,3	4,9	4,8	0,6	0,1	100,0	357	0,0
65+	76,3	17,1	1,4	2,7	0,4	0,2	100,0	545	0,0
Milieu de résidence									
Urbain	15,1	37,1	5,7	31,7	6,5	3,2	100,0	8 252	4,6
Rural	37,6	45,3	4,3	10,9	1,2	0,0	100,0	10 374	0,7
Province									
Kinshasa	6,3	28,7	4,5	41,9	10,9	6,6	100,0	2 665	7,0
Bas-Congo	25,1	41,4	6,6	23,2	3,0	0,5	100,0	741	2,5
Bandundu	29,0	42,2	4,1	19,0	4,8	0,3	100,0	2 584	2,0
Équateur	36,3	43,6	4,4	13,9	1,1	0,2	100,0	2 397	0,6
Orientale	38,8	46,3	3,9	9,1	0,7	0,4	100,0	2 081	0,6
Nord-Kivu	43,0	42,2	2,5	10,7	0,6	0,3	100,0	718	0,1
Sud-Kivu	35,6	40,2	5,6	16,1	1,0	0,7	100,0	851	1,4
Maniema	26,7	50,0	5,0	16,3	1,3	0,4	100,0	628	1,9
Katanga	26,2	42,5	5,1	19,4	4,3	1,9	100,0	1 978	2,2
Kasaï Oriental	22,5	47,0	7,1	20,1	1,9	0,8	100,0	2 274	2,6
Kasaï Occidental	33,1	42,4	5,8	16,5	1,7	0,1	100,0	1 709	1,7
Ensemble[4]	27,7	41,7	4,9	20,1	3,5	1,4	100,0	18 626	2,1

[1] A achevé avec succès 6 classes du niveau primaire
[2] A achevé avec succès 6 classes du niveau secondaire
[3] Y compris les non déterminés
[4] Y compris 5 cas dont l'âge est indéterminé

Ce retard que connaissent les femmes congolaises par rapport aux hommes en ce qui concerne l'instruction s'observe à tous les niveaux et s'aggrave au fur et à mesure que le niveau augmente. Ainsi, si la proportion de femmes qui ont terminé les études primaires (5 %) est la même que celle des hommes (5 %), on observe que 4 % seulement des femmes ont terminé l'école secondaire contre 8 % des hommes. La proportion de femmes ayant atteint le niveau supérieur est de 1,4 % alors que chez les hommes, elle est de 4 %.

Tableau 2.3.2 Niveau d'instruction de la population des ménages : Hommes

Répartition (en %) de la population (de fait) des hommes des ménages, âgés de six ans et plus en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet[1]	Secondaire incomplet	Secondaire complet[2]	Supérieur	Total[3]	Effectif	Nombre médian d'années complétées
Groupe d'âges									
6-9	39,3	60,1	0,0	0,2	0,0	0,0	100,0	3 122	0,0
10-14	8,9	77,4	2,2	10,9	0,0	0,0	100,0	3 314	2,3
15-19	4,8	39,0	5,0	49,8	0,7	0,6	100,0	2 314	5,5
20-24	5,8	19,3	6,2	51,9	11,2	5,3	100,0	1 918	7,6
25-29	6,6	19,4	6,2	40,6	18,5	8,0	100,0	1 529	8,2
30-34	5,0	18,6	6,8	38,2	20,9	10,1	100,0	1 248	8,8
35-39	6,3	16,6	7,0	36,9	22,8	9,7	100,0	1 083	8,5
40-44	7,7	19,3	6,7	39,5	16,1	10,2	100,0	913	8,3
45-49	7,1	22,2	9,9	36,2	15,8	8,3	100,0	789	7,8
50-54	13,9	16,1	12,1	31,7	14,1	11,8	100,0	533	7,3
55-59	11,1	27,9	7,7	31,4	11,2	10,4	100,0	447	7,0
60-64	25,3	26,9	11,1	18,6	11,1	4,9	100,0	360	4,3
65+	26,5	39,7	8,0	17,6	4,5	1,9	100,0	579	3,4
Milieu de résidence									
Urbain	7,3	34,3	4,2	32,4	12,1	9,0	100,0	7 893	6,3
Rural	18,4	44,9	5,4	25,2	5,2	0,6	100,0	10 259	3,3
Province									
Kinshasa	3,1	28,3	3,0	34,8	14,4	15,4	100,0	2 492	8,0
Bas-Congo	12,5	41,9	5,9	29,8	7,8	1,7	100,0	752	4,2
Bandundu	17,6	37,4	3,9	28,3	10,9	1,7	100,0	2 451	4,1
Équateur	18,6	41,8	5,2	25,0	7,2	1,3	100,0	2 483	3,6
Orientale	16,3	52,2	7,0	19,5	3,3	1,3	100,0	2 102	3,1
Nord-Kivu	24,2	49,8	4,1	16,5	3,7	0,9	100,0	671	2,1
Sud-Kivu	16,9	41,9	5,0	28,1	4,5	3,1	100,0	833	3,9
Maniema	11,7	43,6	4,0	31,7	6,1	2,7	100,0	578	4,3
Katanga	11,5	42,5	4,1	26,7	8,4	6,7	100,0	2 001	4,5
Kasaï Oriental	11,7	38,3	5,4	34,1	7,8	1,9	100,0	2 106	4,9
Kasaï Occidental	12,8	38,5	6,3	32,2	7,4	2,7	100,0	1 683	4,8
Ensemble[4]	13,6	40,3	4,9	28,3	8,2	4,2	100,0	18 152	4,4

[1] A achevé avec succès 6 classes du niveau primaire
[2] A achevé avec succès 6 classes du niveau secondaire
[3] Y compris les non déterminés
[4] Y compris 1 cas dont l'âge est indéterminé

Les données suggèrent par ailleurs des déperditions scolaires préoccupantes. En effet, une proportion importante de femmes n'a pas terminé l'école primaire (42 %) et l'école secondaire (20 %). Ce phénomène semble toucher tout autant les hommes puisque 40 % d'entre eux n'ont jamais terminé l'école primaire et 28 % l'école secondaire.

Les données par rapport à l'âge suggèrent deux choses. D'abord que 42 % des filles et 39 % des garçons de 6 à 9 n'ont jamais fréquenté l'école, suggérant un retard dans l'entrée à l'école primaire. On constate en outre une amélioration dans l'accès à l'école des générations les plus anciennes aux plus récentes : en effet, la proportion de femmes sans instruction qui était de 76 % parmi celles de 65 ans et plus est passée à 14 % parmi celles des groupes d'âges 10-14 ans et 15-19 ans. Chez les hommes, ces proportions sont de 27 % parmi ceux de 65 ans et plus contre 9 % parmi ceux de 10-14 ans.

Les données mettent en évidence des écarts importants du niveau d'instruction selon le milieu de résidence. Les populations du milieu rural sont fortement désavantagées par rapport à celles du milieu urbain. Un peu plus du tiers (38 %) des femmes du milieu rural sont sans instruction, alors que chez les femmes citadines la proportion est de 15 %. Par ailleurs, alors que 7 % des femmes urbaines ont terminé l'école secondaire et 3 % l'université, les proportions ne sont respectivement que de 1 % et 0 % chez les femmes du milieu rural. Les mêmes écarts s'observent chez les hommes. En milieu rural, 18 % d'entre eux sont sans instruction, contre 7 % en milieu urbain et 12 % des hommes ont terminé l'école secondaire en milieu urbain contre 5 % en milieu rural. Au niveau supérieur, les proportions sont de 9 % en milieu urbain contre 1 % en milieu rural.

Les écarts sont encore plus importants lorsqu'on tient compte des provinces. En effet, alors que la proportion des femmes sans instruction est de 6 % à Kinshasa, elle atteint un maximum de 43 % au Nord-Kivu. Ainsi, près de la moitié des femmes de cette province sont sans instruction. Dans les provinces Orientale, de l'Équateur, du Sud-Kivu et du Kasaï Occidental, les proportions de femmes sans instruction sont également élevées puisqu'elles concernent plus d'une femme sur trois. La situation est semblable chez les hommes, même si les proportions de ceux sans instruction sont plus faibles que celles des femmes.

Le tableau 2.4 présente les taux brut et net de fréquentation scolaire. Le taux net de fréquentation scolaire mesure la fréquentation scolaire parmi les enfants d'âge scolaire officiel, c'est-à-dire 6-11 ans pour le niveau primaire et 12-18 ans pour le niveau secondaire. Dans l'ensemble, 61 % des enfants âgés de 6-11 ans fréquentent l'école primaire. Le taux est plus élevé chez les garçons (63 %) que chez les filles (59 %). Par rapport au milieu de résidence, on note que le taux est nettement plus élevé en milieu urbain (74 %) qu'en milieu rural (51 %). Des écarts importants sont observés selon les provinces : c'est à Kinshasa que le taux net de fréquentation scolaire au niveau primaire est le plus élevé (82 %). À l'opposé, avec un taux de 52 %, c'est le Bandundu qui présente le taux le plus faible. De plus, on note que les provinces de Bandundu, de l'Équateur, Orientale, Nord-Kivu, Sud-Kivu et du Kasaï Occidental ont des taux inférieurs à la moyenne nationale.

Le taux brut de fréquentation scolaire mesure la fréquentation scolaire parmi les jeunes de n'importe quel âge compris entre 6 et 24 ans. Il équivaut au pourcentage de la population de 6-24 ans qui fréquente un niveau donné par rapport à la population d'âge scolaire officiel pour ce niveau.

En ce qui concerne le taux brut au niveau primaire, on constate qu'il s'établit à 101 % pour l'ensemble de la population. La valeur du taux brut supérieure à celle du taux net indique qu'un nombre important de personnes qui n'ont pas l'âge du niveau primaire fréquentent néanmoins ce niveau. Selon le sexe, on note que le taux brut masculin est supérieur au taux féminin (106 % contre 96 %). Il semblerait donc qu'il y ait plus de garçons que de filles qui fréquentent le niveau primaire alors qu'ils n'ont pas l'âge officiel de fréquentation de ce niveau. Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître un taux brut plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (110 % contre 95 %). Dans les provinces, on note que c'est au Maniema (115 %) que le taux brut est le plus élevé et à l'opposé, c'est au Nord-Kivu qu'il est le plus faible (82 %).

Tableau 2.4 Taux de fréquentation scolaire

Taux net de fréquentation scolaire (TNFS) et taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) de la population (de fait) des ménages, par sexe et niveau d'études, et Indice de parité de genre selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Taux net de fréquentation scolaire[1]				Taux brut de fréquentation scolaire[2]			
Caractéristique sociodémographique	Masculin	Féminin	Ensemble	Indice de parité du genre[3]	Masculin	Féminin	Ensemble	Indice de parité du genre[3]
NIVEAU PRIMAIRE								
Milieu de résidence								
Urbain	75,8	72,6	74,3	0,96	111,3	109,4	110,3	0,98
Rural	52,9	49,8	51,4	0,94	102,7	85,5	94,5	0,83
Province								
Kinshasa	83,3	81,1	82,3	0,97	107,7	107,3	107,5	1,00
Bas-Congo	64,9	65,5	65,2	1,01	102,0	102,2	102,1	1,00
Bandundu	56,0	47,8	52,2	0,85	103,6	97,7	100,9	0,94
Équateur	51,0	54,8	52,8	1,07	109,9	93,5	102,0	0,85
Orientale	56,5	54,2	55,4	0,96	101,1	86,0	94,3	0,85
Nord-Kivu	54,5	54,5	54,5	1,00	86,5	77,6	82,2	0,90
Sud-Kivu	69,9	49,5	59,4	0,71	125,6	94,7	109,7	0,75
Maniema	68,5	65,5	66,9	0,96	123,6	106,6	114,7	0,86
Katanga	65,5	63,4	64,5	0,97	112,1	95,5	104,2	0,85
Kasaï Oriental	66,6	64,8	65,7	0,97	102,6	103,1	102,8	1,00
Kasaï Occidental	59,0	50,3	54,8	0,85	103,6	82,1	93,3	0,79
Ensemble	62,5	59,4	61,0	0,95	106,2	95,5	101,1	0,90
NIVEAU SECONDAIRE								
Milieu de résidence								
Urbain	47,2	38,7	42,9	0,82	72,0	50,9	61,2	0,71
Rural	21,4	11,9	17,1	0,56	40,3	17,2	29,9	0,43
Province								
Kinshasa	57,7	55,0	56,3	0,95	79,9	70,8	75,2	0,89
Bas-Congo	27,8	27,8	27,8	1,00	52,2	40,3	46,5	0,77
Bandundu	29,6	15,7	22,7	0,53	59,9	25,8	42,9	0,43
Équateur	22,0	18,0	20,3	0,82	45,5	24,1	36,2	0,53
Orientale	18,7	11,7	15,5	0,63	26,5	15,5	21,5	0,59
Nord-Kivu	22,3	17,8	20,1	0,80	32,1	22,8	27,5	0,71
Sud-Kivu	35,6	21,4	29,0	0,60	51,8	30,3	41,8	0,59
Maniema	32,4	18,1	25,4	0,56	63,5	25,7	44,9	0,40
Katanga	32,6	27,7	30,3	0,85	54,8	36,7	46,1	0,67
Kasaï Oriental	42,0	24,5	33,2	0,58	62,5	31,4	46,7	0,50
Kasaï Occidental	25,5	16,4	21,5	0,64	50,2	22,5	37,9	0,45
Ensemble	32,4	25,0	28,9	0,77	53,9	33,7	44,2	0,62

[1] Le taux net de fréquentation scolaire (TNFS) pour le niveau primaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau primaire (6-11 ans) qui fréquente l'école primaire. Le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est le pourcentage de la population d'âge de fréquentation du niveau secondaire (12-18 ans) qui fréquente l'école secondaire. Par définition le taux net de fréquentation ne peut excéder 100 %.
[2] Le taux brut de fréquentation scolaire (TBFS) pour le niveau primaire est la proportion des élèves du niveau primaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire. Le taux brut de fréquentation scolaire pour le niveau secondaire est la proportion des élèves du niveau secondaire, quel que soit leur âge, dans la population d'âge officiel de fréquentation du niveau secondaire. S'il y a pour un niveau donné un nombre important d'élèves plus âgés ou plus jeunes que l'âge officiel pour ce niveau, le TBFS peut excéder 100 %.
[3] L'indice de parité de genre pour l'école primaire est le ratio du TNFS (TBFS) au niveau primaire des filles sur le TNFS (TBFS) des garçons. L'indice de parité de genre pour l'école secondaire est le ratio du TNFS (TBFS) au niveau secondaire des filles sur le TNFS (TBFS) des garçons.

En outre, les résultats du tableau 2.4 montrent que la fréquentation scolaire au niveau secondaire est beaucoup plus faible puisque seulement 29 % des jeunes de 12-18 ans le fréquentent. Ce taux net est beaucoup plus élevé en milieu urbain que rural (43 % contre 17 %). Dans les provinces, il varie d'un minimum de 16 % dans la province Orientale à un maximum de 56 % dans la province de Kinshasa. On observe, en outre, que ce taux net est plus élevé chez les garçons que chez les filles (32 % contre 25 %). En ce qui concerne le taux brut, il atteint 44 % pour l'ensemble. L'écart entre les milieux de résidence est important (61 % en urbain contre 30 % en rural). Le taux brut est également plus élevé chez les garçons que chez les filles (54 % contre 34 %).

Graphique 2.2 Taux de fréquentation scolaire par âge

(Pourcentage de la population de 5-24 ans fréquentant l'école par âge et sexe)



EDS-RDC 2007

L'indice de parité du genre (5[e] et 9[e] colonnes du tableau 2.4) est le rapport entre le taux de fréquentation scolaire des filles et celui des garçons. Plus l'indice de parité est proche de 1, moins l'écart de fréquentation scolaire entre les genres est important. Un indice égal à 1,0 indique l'égalité totale. En RDC, l'indice estimé à 0,9 pour le niveau primaire montre que les filles sont désavantagées par rapport aux garçons. Au niveau secondaire, l'écart entre la fréquentation scolaire des filles et des garçons est plus important (indice de 0,6). Que ce soit au niveau primaire ou secondaire, l'importance de cette discrimination varie d'un milieu de résidence à l'autre et d'une province à l'autre. Cet indice est plus faible en rural qu'en urbain, avec un écart plus important pour le niveau secondaire. En ce qui concerne les provinces, on note qu'à l'exception de Kinshasa, du Bas-Congo et du Kasaï Oriental où l'indice de parité est égal à 1, dans toutes les autres, il est inférieur à 1. C'est dans le Sud-Kivu que l'écart entre la fréquentation scolaire des filles et celle des garçons est le plus important (indice de 0,75).

Le graphique 2.2 qui présente les taux de fréquentation scolaire par âge détaillé et sexe met en évidence les écarts de scolarisation entre les garçons et les filles, écart qui augmente avec l'âge et, par conséquent, avec le niveau d'étude.

L'EDS-RDC a aussi collecté des données sur le redoublement et l'abandon scolaire chez les jeunes de 5 à 24 ans ayant fréquenté l'école l'année précédant l'enquête (Tableau 2.5).

Les taux de redoublement sont plus élevés en première année du primaire. Dans l'ensemble, 14 % des enfants ont redoublé la première année du primaire. Ce taux atteint 25 % au Kasaï Occidental, 20 % dans la province Orientale et 15 % au Maniema et au Nord-Kivu.

En ce qui concerne l'abandon scolaire, le tableau 2.5 montre que c'est en 5e et en 6e année du primaire que les taux sont les plus élevés (7 % et 8 % respectivement). L'abandon scolaire est nettement plus important en milieu rural quelle que soit la classe considérée et dans trois provinces : l'Équateur, le Katanga et le Kasaï Occidental pour la 6e année et dans la province Orientale et le Maniema pour la 5e année.

Tableau 2.5 Taux de redoublement et taux d'abandon au niveau primaire

Taux de redoublement et taux d'abandon de la population (de fait) des ménages, âgée de 5-24 ans, qui a fréquenté l'école primaire au cours de l'année scolaire précédente, par niveau scolaire et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Niveau scolaire					
	1	2	3	4	5	6
TAUX DE REDOUBLEMENT[1]						
Sexe						
Masculin	13,3	4,7	5,5	8,3	3,8	3,9
Féminin	13,8	8,8	11,6	5,6	7,0	3,2
Milieu de résidence						
Urbain	12,9	7,3	8,4	7,5	7,0	4,5
Rural	13,9	6,0	7,6	6,8	3,5	2,5
Province						
Kinshasa	11,8	6,1	9,5	4,6	8,6	2,1
Bas-Congo	10,5	9,4	14,9	11,3	10,4	4,3
Bandundu	12,3	1,3	7,4	4,7	1,9	0,0
Équateur	7,9	5,8	6,7	6,3	1,0	2,4
Orientale	19,9	11,7	9,4	13,0	8,0	3,5
Nord-Kivu	14,5	1,1	5,3	9,2	4,8	1,0
Sud-Kivu	5,3	10,3	14,4	10,5	15,4	6,1
Maniema	15,4	7,7	3,9	7,8	3,1	11,5
Katanga	12,3	8,2	9,9	3,4	2,1	6,1
Kasaï Oriental	11,9	2,7	4,3	7,7	5,7	3,7
Kasaï Occidental	25,2	9,1	7,1	9,4	3,5	4,9
Ensemble	13,5	6,6	8,0	7,1	5,3	3,6
TAUX D'ABANDON[2]						
Sexe						
Masculin	3,8	6,5	4,4	4,7	6,2	8,7
Féminin	6,1	5,6	7,2	3,4	6,8	7,3
Milieu de résidence						
Urbain	3,5	4,6	4,0	2,9	4,8	6,2
Rural	6,0	7,3	6,9	5,2	8,2	10,6
Province						
Kinshasa	3,9	5,0	2,7	3,5	6,3	8,5
Bas-Congo	2,8	2,7	2,6	2,3	7,4	3,1
Bandundu	7,5	3,3	2,0	2,1	2,9	5,1
Équateur	6,1	7,2	5,1	3,6	7,2	13,3
Orientale	2,6	4,3	10,7	8,3	15,6	7,1
Nord-Kivu	2,0	6,7	8,8	0,4	0,6	3,5
Sud-Kivu	4,1	9,5	5,5	3,3	4,2	6,9
Maniema	2,2	7,0	5,5	2,0	10,3	4,1
Katanga	3,9	6,8	3,1	5,0	2,8	12,2
Kasaï Oriental	3,8	6,0	8,3	5,3	5,7	6,3
Kasaï Occidental	9,9	9,8	10,4	6,3	6,3	12,3
Ensemble	5,0	6,1	5,5	4,1	6,5	8,1

[1] Le taux de redoublement est le pourcentage d'élèves dans une année d'études donnée au cours de l'année scolaire précédente qui reprennent la même année d'études au cours de l'année scolaire en cours.
[2] Le taux d'abandon est le pourcentage d'élèves dans une année d'études donnée au cours de l'année scolaire précédente qui ne fréquentent plus l'école au cours de l'année scolaire en cours.

2.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'HABITAT ET BIENS POSSÉDÉS PAR LES MÉNAGES

L'EDS-RDC a recueilli des informations qui permettent d'évaluer les conditions socio-économiques des ménages. Il s'agit des caractéristiques du logement (approvisionnement en eau potable, type de toilettes, disponibilité de l'électricité, type de sol, pièces pour dormir, combustible pour cuisiner) et des biens possédés par le ménage.

Le tableau 2.6 présente les résultats concernant l'approvisionnement en eau potable. On constate que, dans l'ensemble, 46 %, soit près d'un ménage sur deux, s'approvisionnent en eau auprès d'une source améliorée, en l'occurrence les sources d'eau protégées (17 %) et les robinets publics/fontaines (16 %), le robinet dans le logement ou la cour (9 %) et les puits ou les eaux de pluie. Ainsi, la majorité des ménages congolais (54 %) s'approvisionne en eau auprès de sources non améliorées.

Tableau 2.6 Approvisionnement en eau potable

Répartition (en %) des ménages et de la population (de droit) selon la provenance de l'eau pour boire et le temps pour s'approvisionner en eau, par milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristiques	Ménages			Population		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Source d'approvisionnement en eau de boisson						
Source améliorée						
Robinet dans logement/ cour/concession	21,9	0,3	8,9	23,7	0,5	10,5
Robinet public/fontaine	36,9	2,6	16,3	37,0	2,5	17,3
Puits à pompe ou forage	1,4	1,1	1,2	1,4	0,9	1,1
Puits creusé protégé	4,5	1,2	2,6	4,3	1,3	2,6
Source d'eau protégée	14,7	18,7	17,1	14,1	18,6	16,6
Eau de pluie	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Source non améliorée						
Puits creusé non protégé	7,0	3,2	4,7	6,7	3,4	4,8
Source d'eau non protégée	10,3	53,2	36,1	9,9	53,2	34,6
Camion citerne	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1
Eau de surface	3,0	19,4	12,8	2,7	19,5	12,3
Eau en bouteille	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pourcentage utilisant pour boire l'eau d'une source améliorée	79,5	24,1	46,2	80,5	23,8	48,2
Temps de trajet pour s'approvisionner en eau de boisson						
Eau sur place	24,7	0,9	10,4	26,6	1,0	12,0
Moins de 30 minutes	44,9	40,3	42,1	43,2	40,3	41,6
30 minutes ou plus	30,3	58,6	47,3	30,1	58,4	46,2
Ne sait pas/manquant	0,0	0,3	0,2	0,0	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	3 548	5 338	8 886	20 793	27 589	48 381

En milieu rural, ce sont les trois quarts des ménages (76 %) qui y recourent, principalement auprès des sources d'eau non protégées (53 %) et des eaux de surface (19 %). Par ailleurs, le tableau révèle qu'il n'est pas facile de se procurer cette eau : 47 % des ménages doivent consacrer 30 minutes ou plus pour s'approvisionner en eau de boisson, tandis que 10 % seulement peuvent se la procurer sur place.

Le tableau 2.7 donne les types de toilettes utilisées par les ménages. On observe que la grande majorité des ménages (83 %) utilisent des toilettes rudimentaires. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une installation en commun avec les autres ménages. Ainsi, c'est seulement 15 % des ménages qui utilisent des toilettes améliorées privées, principalement des toilettes avec dalle. La proportion des toilettes sans dalles ou à fosse ouverte n'est pas négligeable ; car c'est un ménage sur quatre (24 %) qui utilisent ce type de toilettes. On constate aussi que 12 % des ménages n'ont pas de toilettes et jettent leurs excréments dans la nature. La situation est évidemment plus critique en milieu rural où la proportion de ménages qui utilisent des toilettes rudimentaires est de 86 %, tandis qu'elle est de 79 % en milieu urbain.

Tableau 2.7 Type de toilettes

Répartition (en %) des ménages et de la population (de droit) selon le type de toilettes/latrines, par milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Ménages			Population		
Type de toilettes/latrines	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Toilettes améliorées, privées						
Chasse d'eau connectée à des égouts	4,1	0,0	1,7	5,7	0,0	2,5
Latrines améliorées ventilées	1,5	0,1	0,7	1,8	0,2	0,9
Latrines avec dalle	13,1	12,8	12,9	14,0	14,3	14,2
Toilettes rudimentaires						
Une installation en commun avec d'autres ménages	54,5	41,6	46,7	52,4	40,8	45,8
Latrines sans dalle/fosse ouverte	20,0	26,6	24,0	20,2	28,5	25,0
Pas de toilettes/nature	4,2	17,4	12,1	3,3	14,7	9,8
Autre	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ne sait pas/manquant	2,5	1,3	1,7	2,4	1,2	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	3 548	5 338	8 886	20 793	27 589	48 381

Le tableau 2.8 présente plusieurs autres caractéristiques des logements. Il montre que 85 % des ménages congolais n'ont pas accès à l'électricité et que c'est la quasi-totalité des ménages (99 %) qui sont dans cette situation en milieu rural. Même dans les villes, 63 % des ménages n'ont pas accès à l'électricité. S'agissant du type de sol, la majorité des ménages (78 %) vivent dans un logement où le sol est en terre/sable. En milieu rural, c'est la quasi-totalité des ménages (96 %) qui vivent dans ces conditions. La proportion de ménages ruraux qui vivent dans un logement où le sol est en ciment n'est que de 2 %, contre 45 % dans les villes et 19 % dans l'ensemble des ménages.

Alors que la taille moyenne des ménages est de 5,4 personnes, les deux tiers des ménages (66 %) vivent dans un logement de moins de 3 pièces utilisées pour dormir (tableau 2.8). Aucune différence n'est observée entre le milieu rural et le milieu urbain. Etant donné que la taille moyenne des ménages en milieu urbain est de 5,9, on en déduit que la promiscuité est plus grande en milieu urbain par rapport au milieu rural.

Tableau 2.8 Caractéristiques des logements

Répartition (en %) des ménages et de la population (de droit) en fonction de certaines caractéristiques du logement, et pourcentage utilisant du combustible solide pour cuisiner selon le milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristiques du logement	Ménages			Population		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Électricité						
Oui	36,6	1,1	15,2	38,9	1,5	17,6
Non	63,2	98,8	84,6	60,9	98,4	82,2
Total[1]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Type de sol						
Terre, sable	49,7	96,4	77,8	46,6	96,0	74,7
Bois/planches	3,7	2,0	2,7	4,0	2,1	2,9
Ciment	44,9	1,5	18,8	47,8	1,8	21,6
Carrelage	1,6	0,0	0,6	1,5	0,0	0,6
Autre matériau moderne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Total[1]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pièces utilisées pour dormir						
Une	28,0	34,0	31,6	16,8	23,9	20,9
Deux	38,1	32,5	34,7	37,5	32,3	34,5
Trois ou plus	33,2	32,4	32,7	44,8	42,7	43,6
Total[1]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Combustible utilisé pour cuisiner						
Électricité	10,9	0,0	4,4	10,8	0,0	4,6
Kérosène/pétrole	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1
Charbon de bois	52,0	11,2	27,5	52,2	11,4	28,9
Bois à brûler	36,0	88,7	67,7	35,8	88,5	65,8
Sciure de bois	0,6	0,0	0,3	0,8	0,0	0,4
Autre	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1
Total[1]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pourcentage utilisant des combustibles solides pour cuisiner[2]	88,6	99,9	95,4	88,8	99,9	95,2
Effectif	3 548	5 338	8 886	20 793	27 589	48 381

[1] Y comprise les non déterminés
[2] Inclut charbon de bois, bois à brûler et sciure de bois

En ce qui concerne le combustible pour cuisiner, le tableau montre que la quasi-totalité des ménages (95 %) utilisent des combustibles solides (charbon de bois, bois à brûler et sciure de bois) ; mais c'est surtout le bois à brûler qui est le plus fréquemment utilisé (68 %). En milieu rural, la totalité des ménages utilisent les combustibles solides pour cuisiner. Les ménages qui utilisent l'électricité pour cuisiner ne représentent que 4 % dans l'ensemble du pays, et 11 % dans les centres urbains.

Le tableau 2.9 présente les résultats concernant les biens possédés par les ménages. Dans l'ensemble du pays, les biens les plus fréquemment possédés sont, par ordre d'importance : des lits, des chaises, des lampes, des houes, des radios, des bicyclettes, des téléphones portables et des télévisions. On constate, comme on pouvait s'y attendre, qu'il est relativement plus facile de posséder ces biens en milieu urbain qu'en milieu rural, exception faite de la houe. Par ailleurs, certains biens tels qu'un téléphone fixe ou un réfrigérateur sont quasi inexistants en milieu rural. Par contre, la bicyclette est un bien qui est possédé avec la même fréquence en milieu urbain et en milieu rural.

Tableau 2.9 Biens durables possédés par les ménages

Pourcentage des ménages et de la population de droit qui possèdent certains biens de consommation durables, par milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Ménages			Population		
Biens possédés	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Radio	62,3	32,8	44,6	65,1	35,6	48,3
Télévision	34,2	0,6	14,0	38,5	0,9	17,0
Téléphone portable	46,9	3,5	20,8	51,1	4,2	24,3
Téléphone fixe	1,2	0,1	0,5	1,4	0,1	0,7
Réfrigérateur	10,5	0,1	4,3	12,5	0,2	5,5
Réchaud, cuisinière	22,5	0,6	9,4	24,2	0,8	10,9
Chaise	89,5	65,4	75,0	92,1	69,5	79,2
Lit	88,6	71,6	78,4	90,8	73,5	80,9
Lampe	78,3	59,3	66,9	81,4	61,9	70,3
Four	4,0	1,6	2,6	4,8	1,9	3,1
Houe	54,7	73,5	66,0	57,7	75,7	68,0
Machine à coudre	12,3	3,9	7,3	14,7	4,7	9,0
Bicyclette	24,0	24,3	24,2	26,4	28,9	27,8
Mobylette/motocyclette	2,8	0,4	1,4	3,4	0,5	1,7
Voiture/camion	3,6	0,1	1,5	4,5	0,1	2,0
Pirogue	2,3	3,6	3,1	2,6	4,2	3,5
Effectif	3 548	5 338	8 886	20 793	27 589	48 381

Le tableau 2.10 présente la répartition de la population par quintile de bien-être économique, selon le milieu de résidence et la province[1].

Il indique que 76 % de la population des ménages urbains sont classés dans les deux quintiles les plus riches. Près de la moitié de la population des ménages du milieu urbain appartient au quintile le plus riche (46 %). À l'opposé, on observe que 60 % de la population des ménages du milieu rural sont classés dans les deux quintiles les plus pauvres. C'est bien évidemment Kinshasa qui compte la proportion la plus élevée de la population des ménages classés dans le quintile le plus riche (88 %). À l'opposé, dans le Bandundu, 61 % de la population des ménages appartiennent aux deux quintiles les plus pauvres. Cette proportion est également élevée à l'Équateur (55 %), au Maniema (49 %) et au Kasaï Occidental (45 %). Avec 30 %, c'est le Katanga qui détient la proportion la plus élevée de la population des ménages les plus pauvres.

Tableau 2.10 Quintiles de bien-être économique

Répartition (en %) de la population (de droit) des ménages par quintile de bien-être économique, selon le milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Quintile de bien-être économique						
Résidence	Le plus pauvre	Second	Moyen	Quatrième	Le plus riche	Total	Effectif de population des ménages
Milieu de résidence							
Urbain	4,1	5,8	13,7	30,8	45,6	100,0	20 793
Rural	29,0	31,3	27,3	11,7	0,7	100,0	27 589
Province							
Kinshasa	0,5	0,5	1,6	9,5	87,9	100,0	6 308
Bas-Congo	11,3	17,7	25,5	25,1	20,4	100,0	1 936
Bandundu	29,7	31,3	28,5	9,9	0,6	100,0	6 828
Équateur	20,6	34,5	30,8	11,8	2,2	100,0	6 275
Orientale	17,6	34,7	28,9	13,9	4,8	100,0	5 723
Nord-Kivu	15,4	15,8	26,0	35,8	7,0	100,0	1 830
Sud-Kivu	11,7	9,3	16,3	39,4	23,3	100,0	2 217
Maniema	20,9	27,7	26,4	23,0	2,0	100,0	1 590
Katanga	30,3	6,5	13,6	17,6	32,0	100,0	5 129
Kasaï Oriental	11,8	16,3	18,8	38,5	14,6	100,0	5 868
Kasaï Occidental	24,4	20,6	26,0	27,1	2,0	100,0	4 677
Ensemble	18,3	20,4	21,5	19,9	20,0	100,0	48 381

[1] Il s'agit d'un indice construit à partir des informations sur la possession par les ménages de certains biens durables (télévision, radio, voiture, etc.) et sur certaines caractéristiques du logement (disponibilité de l'électricité, type d'approvisionnement en eau de boisson, type de toilettes, matériau de revêtement du sol, nombre de pièces utilisées pour dormir, type de combustible pour la cuisine, etc.) qui ont été collectées lors de l'EDS-RDC. L'indice est construit de la manière suivante : 1) on affecte à chacun des biens ou caractéristiques un poids (score ou coefficient) généré à partir d'une analyse en composantes principales ; 2) les scores des biens qui en résultent sont standardisés selon une distribution normale standard de moyenne 0 et d'écart-type 1 (Gwatkin et al., 2000) ; 3) on attribue à chaque ménage un score pour chaque bien et on fait la somme de tous les scores par ménage ; 4) les ménages sont classés par ordre croissant de score total et divisés en cinq catégories d'effectifs égaux appelées quintiles. On établit ainsi une échelle allant de 1 (le quintile le plus pauvre) à 5 (le quintile le plus riche) ; 5) le score de chaque ménage est affecté aux individus qui le composent. Les individus sont ainsi répartis dans les différentes catégories.

CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS 3

Ce chapitre porte sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées de 15-49 ans et des hommes enquêtés de 15-59 ans. Cette partie est importante car elle permet de mieux comprendre et d'expliquer les comportements de la population vis-à-vis de la contraception, des IST, du VIH/sida et de connaître ses préférences en matière de fécondité. Tout comme le questionnaire ménage, les questionnaires individuels ont permis de recueillir des informations sur l'âge, le milieu de résidence, l'état matrimonial et le niveau d'instruction des enquêtés. Dans cette partie, sont également analysés, les résultats sur l'alphabétisation, l'accès aux médias et l'activité économique des hommes et des femmes. Ces différentes caractéristiques seront utilisées comme variables d'analyse dans la suite de ce rapport.

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Étant donné l'importance de l'âge dans l'analyse des phénomènes démographiques, un intérêt particulier a été accordé à son enregistrement lors de l'opération de collecte des données. En effet, avant l'enregistrement de toutes les informations, l'agent de collecte des données demandait à l'enquêté(e) de réunir tous les documents officiels pouvant fournir des informations sur sa personne et sur les autres membres du ménage. En l'absence de documents officiels, l'enquêteur (ou l'enquêtrice) devait procéder à un recoupement avec des événements ayant marqué la vie de l'enquêté(e) (âge au mariage, âge du premier enfant, etc.) ou des événements bien connus ayant marqué la vie nationale ou régionale (indépendance du pays, avènement de la deuxième république, etc.).

Les résultats présentés au tableau 3.1 montrent que la répartition des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans par groupe d'âges quinquennaux ne présente pas de grandes disparités. On constate qu'au fur et à mesure que l'âge augmente, les proportions diminuent. Pour les femmes, elles passent de 20 % pour les 15-19 ans à 7 % pour la tranche d'âges 45-49 ans. Pour les hommes, les proportions varient de 21 % à 15-19 ans à 4 % à 55-59 ans.

Tableau 3.1 Répartition des enquêtés par âge

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés, selon le groupe d'âges, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes			Hommes		
Groupe d'âges	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
15-19	20,3	2 030	2 084	20,8	988	921
20-24	22,7	2 274	2 228	18,3	869	852
25-29	16,6	1 655	1 660	13,7	651	692
30-34	13,4	1 344	1 389	11,9	568	602
35-39	10,4	1 044	1 048	10,1	483	480
40-44	9,1	909	901	8,4	400	411
45-49	7,4	739	685	7,5	357	372
50-54	na	na	na	5,1	241	245
55-59	na	na	na	4,2	200	182
Ensemble 15-49 ans	100,0	9 995	9 995	90,7	4 316	4 330
Ensemble 15-59 ans	na	na	na	100,0	4 757	4 757

na = Non applicable

Tableau 3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes enquêtés de 15-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
État matrimonial						
Célibataire	24,3	2 432	2 475	42,1	1 816	1 720
Marié	57,6	5 760	5 600	47,3	2 043	2 110
Vivant ensemble	8,6	862	986	5,5	236	277
Divorcé/séparé	7,4	744	723	4,6	198	205
Veuf	2,0	197	211	0,5	23	18
Milieu de résidence						
Urbain	45,4	4 540	4 789	43,8	1 890	2 021
Rural	54,6	5 455	5 206	56,2	2 426	2 309
Province						
Kinshasa	15,8	1 575	1 666	14,7	637	674
Bas-Congo	4,0	397	730	4,1	177	333
Bandundu	15,2	1 518	942	15,4	663	435
Équateur	12,4	1 235	907	13,2	571	402
Orientale	10,8	1 083	755	11,5	496	375
Nord-Kivu	3,6	356	816	2,9	126	322
Sud-Kivu	4,3	426	807	3,8	165	315
Maniema	3,1	314	854	2,9	125	378
Katanga	10,7	1 073	925	11,8	508	414
Kasaï Oriental	11,3	1 132	866	10,7	463	368
Kasaï Occidental	8,9	886	727	9,0	386	314
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	20,8	2 081	2 107	5,4	234	265
Primaire	38,5	3 851	3 778	29,2	1 262	1 265
Secondaire	38,0	3 802	3 819	58,9	2 542	2 480
Supérieur	2,6	261	291	6,4	278	320
Religion						
Catholique	28,3	2 828	2 966	29,5	1 275	1 367
Protestant	28,7	2 867	3 068	29,2	1 262	1 296
Armée de salut	0,3	29	36	0,2	7	8
Kimbanguiste	4,3	430	323	3,8	162	137
Autres chrétiens	35,4	3 543	3 231	31,5	1 358	1 230
Musulmane	1,2	117	196	1,8	78	111
Animiste	0,5	55	52	1,0	43	27
Sans religion/autre/manquant	1,3	126	123	3,1	132	154
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	18,0	1 798	1 902	17,8	769	800
Second	19,7	1 967	1 763	18,2	786	763
Moyen	20,4	2 043	1 837	23,1	999	836
Quatrième	18,9	1 888	2 016	18,7	806	889
Le plus riche	23,0	2 300	2 477	22,2	956	1 042
Ensemble 15-49 ans	100,0	9 995	9 995	100,0	4 316	4 330

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau d'instruction atteint, qu'il ait été achevé ou non.

Les questions sur l'état matrimonial ont été posées à toutes les femmes et à tous les hommes de l'échantillon. Dans le cadre de l'EDS-RDC, ont été considérés comme étant en union toutes les femmes et tous les hommes mariés légalement ainsi que toutes les personnes vivant en union consensuelle. Selon cette définition, les résultats présentés au tableau 3.2 montrent que plus de 2 femmes sur 10 (24 %) étaient célibataires au moment de l'enquête et que près de 7 sur 10 (67 %) vivaient en union : 58 % étaient mariées et 9 % vivaient en union consensuelle (sans le mariage). Chez les hommes, on constate qu'environ 4 sur 10 étaient célibataires (42 %) et que plus d'un homme sur deux (53 %) était en union : 47 % étaient mariés et 6 % vivaient en union consensuelle. De plus, 9 % des femmes (dont 7 % des divorcées ou séparées et 2 % des veuves) étaient en rupture d'union au moment de l'enquête contre 5 % chez les hommes (dont 5 % des divorcés ou séparés et moins d'un pour cent de veufs).

Répartis selon le milieu de résidence, les résultats montrent que plus de la moitié de la population congolaise (55 % des femmes contre 56 % des hommes) vit en milieu rural. De même, les données par province font apparaître une répartition inégale de la population, sans écarts significatifs entre les hommes et les femmes dans chaque province.

Concernant le niveau d'instruction des enquêtés, les résultats révèlent que la proportion de femmes sans aucune instruction est quatre fois plus élevée que celle des hommes (21 % contre 5 %). Cependant, aux niveaux secondaire et supérieur, les écarts entre les femmes et les hommes sont aussi importants, soit respectivement 38 % des femmes contre 59 % des hommes et 3 % des femmes contre 6 % des hommes.

Les données sur la religion montrent que près d'un tiers des hommes et des femmes se sont déclarés de confession « autres chrétiens » : 35 % des femmes et 32 % des hommes. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que cette catégorie est constituée des adeptes des églises de réveil, lesquelles sont aujourd'hui en forte croissance sur toute l'étendue du territoire national. Les religions catholique et protestante viennent en seconde position avec respectivement 28 % des femmes contre 30 % des hommes et 29 % des femmes et des hommes. Les autres religions comptent moins de 5 % des adeptes.

La répartition des hommes et des femmes selon les quintiles de bien-être économique du ménage ne met pas en évidence de variations importantes.

3.2 NIVEAU D'INSTRUCTION

Les tableaux 3.3.1 et 3.3.2 fournissent les répartitions respectives des femmes et des hommes enquêtés par niveau d'instruction atteint selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En considérant les hommes et les femmes de la même tranche d'âges (15-49 ans), les résultats montrent que la proportion de femmes sans instruction est quatre fois plus élevée que celle des hommes (21 % contre 5 %). En ce qui concerne la population ayant été à l'école, on constate que la proportion de femmes ayant achevé le niveau primaire est quasi-égale à celle des hommes (7 %). Mais au-delà du primaire, la situation s'inverse : les hommes sont proportionnellement deux fois plus nombreux que les femmes à avoir achevé les niveaux secondaires et supérieurs. Près de 12 % des hommes contre 6 % des femmes ont achevé le niveau secondaire, tandis que 6 % des hommes et 3 % des femmes ont terminé le niveau supérieur. Notons en effet que les proportions de femmes diminuent fortement quand on passe du primaire au secondaire et du secondaire au supérieur. Les données révèlent par ailleurs que la moitié des hommes enquêtés (15-49 ans) ont achevé, en moyenne, 7,5 années d'études. Chez les femmes, cette moyenne est de 4,7 années).

Tableau 3.3.1 Niveau d'instruction : Femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou complété et nombre médian d'années d'instruction achevées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Plus haut niveau d'études						Total	Nombre médian d'années complétées	Effectif de femmes
	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet[1]	Secondaire incomplet	Secondaire complet[2]	Supérieur			
Groupe d'âges									
15-24	16,6	32,5	6,1	38,0	4,2	2,7	100,0	5,1	4 304
15-19	13,6	35,4	5,9	42,6	1,6	0,9	100,0	5,1	2 030
20-24	19,2	29,9	6,3	33,9	6,5	4,2	100,0	5,1	2 274
25-29	19,7	30,6	6,8	29,4	9,8	3,7	100,0	5,0	1 655
30-34	20,7	27,9	8,6	31,2	9,0	2,5	100,0	5,1	1 344
35-39	22,2	29,7	8,5	31,0	6,0	2,6	100,0	4,8	1 044
40-44	31,5	31,7	8,2	20,1	6,4	2,1	100,0	3,2	909
45-49	33,2	35,8	7,2	19,2	4,0	0,6	100,0	2,2	739
Milieu de résidence									
Urbain	7,4	19,9	7,6	48,5	10,9	5,7	100,0	7,4	4 540
Rural	32,0	41,1	6,6	18,1	2,2	0,1	100,0	2,4	5 455
Province									
Kinshasa	1,0	9,6	4,3	58,4	15,9	10,7	100,0	8,9	1 575
Bas-Congo	14,6	34,1	9,7	35,6	5,1	0,8	100,0	5,1	397
Bandundu	22,0	34,3	6,1	28,7	8,4	0,5	100,0	4,1	1 518
Équateur	32,5	34,4	7,1	23,5	2,2	0,3	100,0	2,9	1 235
Orientale	32,0	45,7	5,2	14,9	1,5	0,6	100,0	1,9	1 083
Nord-Kivu	37,1	39,1	4,0	17,9	1,3	0,5	100,0	2,1	356
Sud-Kivu	30,0	32,3	7,1	27,8	1,7	1,1	100,0	3,4	426
Maniema	18,2	41,5	8,3	29,1	2,2	0,7	100,0	4,2	314
Katanga	23,7	27,7	7,1	29,9	7,6	4,0	100,0	4,8	1 073
Kasaï Oriental	13,4	34,8	11,2	35,3	3,8	1,5	100,0	5,2	1 132
Kasaï Occidental	22,8	35,9	10,1	27,8	3,3	0,2	100,0	4,3	886
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	39,4	41,9	5,3	12,3	1,1	0,0	100,0	1,4	1 798
Second	32,6	39,8	7,4	18,2	1,9	0,0	100,0	2,3	1 967
Moyen	22,9	42,4	7,8	23,1	3,8	0,0	100,0	3,6	2 043
Quatrième	12,3	27,4	10,2	42,0	6,6	1,5	100,0	5,9	1 888
Le plus riche	1,4	9,8	4,8	58,5	15,4	10,0	100,0	8,9	2 300
Ensemble	20,8	31,5	7,1	31,9	6,1	2,6	100,0	4,7	9 995

[1] A achevé avec succès 6 classes du niveau primaire
[2] A achevé avec succès 6 classes du niveau secondaire

Tableau 3.3.2 Niveau d'instruction : Hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans en fonction du plus haut niveau d'instruction atteint ou complété et nombre médian d'années d'instruction achevées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Plus haut niveau d'études						Total	Nombre médian d'années complétées	Effectif d'hommes
	Sans instruction	Primaire incomplet	Primaire complet[1]	Secondaire incomplet	Secondaire complet[2]	Supérieur			
Groupe d'âges									
15-24	5,9	26,8	5,8	53,3	5,3	2,9	100,0	6,7	1 858
15-19	5,6	32,9	5,8	53,8	1,1	0,6	100,0	6,0	988
20-24	6,2	19,7	5,7	52,7	10,1	5,6	100,0	7,7	869
25-29	4,6	18,7	6,1	44,5	17,5	8,5	100,0	8,1	651
30-34	4,6	20,3	5,2	38,1	21,3	10,6	100,0	8,6	568
35-39	5,3	19,2	6,9	43,1	16,1	9,3	100,0	7,8	483
40-44	6,0	21,8	8,9	41,2	14,9	7,2	100,0	7,8	400
45-49	5,4	18,3	10,4	38,4	17,9	9,6	100,0	8,4	357
Milieu de résidence									
Urbain	1,6	11,6	4,5	51,5	17,4	13,4	100,0	9,3	1 890
Rural	8,4	31,3	8,2	42,6	8,5	1,0	100,0	6,0	2 426
Province									
Kinshasa	0,0	7,1	2,3	50,5	18,2	22,0	100,0	10,2	637
Bas-Congo	5,5	23,6	6,4	51,5	11,3	1,6	100,0	7,3	177
Bandundu	8,1	21,8	4,6	48,0	16,4	1,1	100,0	7,5	663
Équateur	6,7	29,0	7,8	44,4	9,2	3,0	100,0	6,4	571
Orientale	7,7	39,4	13,2	33,2	3,9	2,4	100,0	5,2	496
Nord-Kivu	13,6	37,1	6,0	33,9	6,9	2,5	100,0	4,9	126
Sud-Kivu	8,2	25,5	4,7	48,2	8,5	4,9	100,0	7,3	165
Maniema	3,7	23,7	5,1	52,7	11,1	3,7	100,0	7,4	125
Katanga	5,0	24,3	5,4	39,6	15,4	10,3	100,0	8,0	508
Kasaï Oriental	3,6	18,1	6,2	55,8	12,6	3,6	100,0	7,8	463
Kasaï Occidental	4,3	15,8	10,0	54,5	11,8	3,6	100,0	7,7	386
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	13,1	39,9	6,0	36,1	4,5	0,3	100,0	4,8	769
Second	8,6	28,9	11,5	43,9	5,9	1,2	100,0	5,9	786
Moyen	4,4	27,1	6,8	46,9	14,2	0,6	100,0	7,0	999
Quatrième	2,6	14,5	7,8	52,0	18,0	5,3	100,0	8,3	806
Le plus riche	0,1	6,1	1,6	51,9	17,6	22,7	100,0	10,2	956
Ensemble 15-49 ans	5,4	22,7	6,5	46,5	12,4	6,4	100,0	7,5	4 316
Hommes 50-59 ans	14,6	23,5	13,0	29,9	11,8	7,3	100,0	5,8	441
Ensemble 15-59 ans	6,3	22,8	7,1	45,0	12,4	6,5	100,0	7,4	4 757

[1] A achevé avec succès 6 classes du niveau primaire
[2] A achevé avec succès 6 classes du niveau secondaire

Les données selon l'âge montrent que la proportion de femmes sans instruction diminue des générations anciennes aux plus récentes, passant de 33 % parmi celles de 45-49 ans à 17 % parmi celles de 15-24 ans. Cependant, malgré cette amélioration, on note néanmoins que dans le groupe d'âges 15-19 ans, la proportion de femmes sans instruction est plus de deux fois plus élevée que parmi les jeunes hommes de 15-19 ans (14 % contre 6 %). En ce qui concerne le niveau primaire, on ne note pas une augmentation importante et régulière avec l'âge des proportions de femmes ayant atteint ce niveau (7 % à 45-49 ans, 9 % à 30-34 ans puis 6 % à 15-19 ans). Par contre, aux niveaux secondaire et supérieur, on note, au fil des générations, une augmentation des proportions de femmes ayant terminé ces niveaux d'instruction (de 4 % à 45-49 ans à 7 % à 20-24 ans pour le niveau secondaire et de moins d'un pour cent à 45-49 ans à 4 % à 20-24 ans pour le niveau supérieur). Par ailleurs, à la différence des femmes, on ne constate pas chez les hommes, des générations les plus anciennes aux plus récentes, de diminution de la proportion de ceux sans instruction (5 % parmi ceux de 45-49 ans contre 6 % parmi ceux de 15-24 ans). De même, la proportion de ceux qui ont achevé un cycle primaire est près de deux fois plus élevée parmi ceux de 40-44 ans (en moyenne, 10 %) que parmi ceux de 15-24 ans (6 %).

En outre, le niveau d'instruction des enquêtés varie en fonction du milieu de résidence. On constate en effet que les proportions d'hommes et de femmes n'ayant aucune instruction sont plus élevées en milieu rural (8 % et 32 %) qu'en milieu urbain (2 % et 7 %). C'est également en milieu urbain que l'on trouve les proportions les plus élevées d'hommes et de femmes ayant été à l'école.

Les résultats selon les provinces mettent surtout en évidence un écart important entre la ville de Kinshasa et le reste du pays. Dans la ville de Kinshasa, le pourcentage de femmes et d'hommes sans instruction ne dépasse pas 1 %. Dans les autres provinces, ces proportions sont très élevées, surtout dans la province du Nord-Kivu où le niveau atteint 14 % chez les hommes et 37 % chez les femmes.

En outre, les données de ces tableaux montrent qu'il y a une relation positive entre le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique du ménage. Les proportions de femmes et d'hommes sans instruction diminuent des ménages les plus pauvres aux plus riches. Considérant les deux quintiles extrêmes, on note que 39 % des femmes et 13 % des hommes du quintile le plus pauvre sont sans instruction contre respectivement 1 % et 0,1 % du quintile le plus riche. Corrélativement, le nombre médian d'années d'études complétées augmente des ménages les plus pauvres aux plus riches passant de 1,4 à 8,9 pour les femmes et de 4,8 à 10,2 pour les hommes.

3.3 ALPHABÉTISATION

Pour obtenir les informations sur le niveau d'alphabétisation des enquêtés, on a demandé à ceux qui avaient déclaré ne pas avoir fréquenté l'école et à ceux qui avaient seulement le niveau primaire de lire une phrase qui leur était présentée. On a ensuite classé les enquêtés selon les trois niveaux suivants : ne sait pas lire, lit une partie de la phrase, lit une phrase entière. Les femmes et les hommes ayant atteint le niveau secondaire ont été considérés comme étant alphabétisés. Ils représentent respectivement 41 % et 65 %.

Les résultats des tableaux 3.4.1 et 3.4.2 montrent que la proportion de femmes analphabètes est plus élevée que celle des hommes (41 % contre 14 %). À l'opposé, 86 % des hommes et 59 % des femmes sont considérés comme étant alphabétisés, c'est-à-dire qu'ils ont, soit fréquenté le niveau secondaire, soit été capables de lire une phrase entière ou une partie de phrase s'ils n'avaient fréquenté que le niveau primaire.

Les proportions de femmes et d'hommes analphabètes varient sensiblement selon le milieu de résidence. En milieu rural, les proportions d'analphabètes sont plus élevées qu'en milieu urbain. L'examen des résultats selon les provinces met en évidence l'écart existant entre la ville de Kinshasa et le reste du pays. Près de 92 % des femmes sont alphabétisées à Kinshasa contre 39 % dans la province Orientale. Chez les hommes, c'est également à Kinshasa que la proportion d'alphabétisés est les plus élevée (96 %) et c'est au Nord-Kivu qu'elle est la plus faible (78 %).

Par ailleurs, les résultats selon le quintile de bien-être économique montrent que l'alphabétisation est fonction du niveau de bien-être socio-économique. Les proportions d'hommes et de femmes analphabètes diminuent considérablement, du quintile le plus pauvre au quintile le plus riche, passant respectivement de 29 % à 3 % chez les hommes et de 66 % à 7 % chez les femmes.

Tableau 3.4.1 Alphabétisation : Femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation et pourcentage de femmes alphabétisées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Niveau secondaire ou plus	Pas d'instruction ou niveau primaire: Peut lire la phrase entière	Peut lire une partie de la phrase	Ne peut pas lire	Total[1]	Pourcentage alphabétisée[2]	Effectif
Groupe d'âges							
15-19	45,1	9,2	11,3	34,2	100,0	65,5	2 030
20-24	44,6	5,1	9,7	40,1	100,0	59,5	2 274
25-29	42,9	8,0	10,2	38,6	100,0	61,1	1 655
30-34	42,7	7,9	8,3	40,1	100,0	58,9	1 344
35-39	39,6	9,1	10,8	39,9	100,0	59,6	1 044
40-44	28,6	10,3	11,0	49,3	100,0	49,9	909
45-49	23,8	8,0	12,1	54,8	100,0	43,9	739
Milieu de résidence							
Urbain	65,0	7,3	7,6	19,4	100,0	79,9	4 540
Rural	20,4	8,4	12,6	58,1	100,0	41,4	5 455
Province							
Kinshasa	85,1	3,5	2,9	8,1	100,0	91,5	1 575
Bas-Congo	41,5	10,4	9,7	38,3	100,0	61,5	397
Bandundu	37,6	4,8	9,0	48,5	100,0	51,4	1 518
Équateur	25,9	10,0	13,5	50,3	100,0	49,4	1 235
Orientale	17,0	9,9	11,7	60,5	100,0	38,7	1 083
Nord-Kivu	19,8	15,3	17,0	47,5	100,0	52,1	356
Sud-Kivu	30,6	19,7	11,9	37,0	100,0	62,2	426
Maniema	32,0	14,2	17,2	36,0	100,0	63,4	314
Katanga	41,5	7,0	11,2	39,4	100,0	59,6	1 073
Kasaï Oriental	40,6	7,9	9,7	40,8	100,0	58,2	1 132
Kasaï Occidental	31,2	4,8	14,0	49,1	100,0	50,1	886
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	13,3	7,3	12,4	66,3	100,0	33,0	1 798
Second	20,2	8,4	13,1	57,9	100,0	41,7	1 967
Moyen	26,9	9,1	13,3	50,2	100,0	49,3	2 043
Quatrième	50,1	9,9	10,6	28,4	100,0	70,7	1 888
Le plus riche	84,0	5,2	3,4	6,9	100,0	92,7	2 300
Ensemble	40,6	7,9	10,3	40,5	100,0	58,9	9 995

[1] Y compris les non déterminés
[2] C'est-à-dire les femmes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et celles qui peuvent lire une phrase entière ou une partie de phrase

Tableau 3.4.2 Alphabétisation : Hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans par niveau d'instruction atteint et niveau d'alphabétisation et pourcentage d'hommes alphabétisés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

		Pas d'instruction ou niveau primaire					
Caractéristique sociodémographique	Niveau secondaire ou plus	Peut lire la phrase entière	Peut lire une partie de la phrase	Ne peut pas lire	Total[1]	Pourcentage alphabétisé[2]	Effectif
Groupe d'âges							
15-19	55,6	12,9	12,0	19,1	100,0	80,5	988
20-24	68,4	8,4	9,4	13,8	100,0	86,1	869
25-29	70,5	6,0	11,8	11,5	100,0	88,4	651
30-34	70,0	10,9	8,4	10,6	100,0	89,3	568
35-39	68,6	10,5	7,4	13,4	100,0	86,6	483
40-44	63,3	14,5	8,7	13,4	100,0	86,5	400
45-49	65,9	12,0	9,2	12,6	100,0	87,2	357
Milieu de résidence							
Urbain	82,3	5,8	5,3	6,5	100,0	93,4	1 890
Rural	52,1	14,2	13,6	20,0	100,0	79,8	2 426
Province							
Kinshasa	90,6	3,6	1,9	3,8	100,0	96,2	637
Bas-Congo	64,5	7,1	10,8	17,5	100,0	82,3	177
Bandundu	65,5	8,7	7,5	18,3	100,0	81,7	663
Équateur	56,6	14,5	13,8	15,0	100,0	84,9	571
Orientale	39,6	21,2	21,1	18,0	100,0	81,9	496
Nord-Kivu	43,3	22,8	12,0	21,7	100,0	78,2	126
Sud-Kivu	61,6	10,9	9,4	18,0	100,0	81,9	165
Maniema	67,5	14,6	9,6	7,6	100,0	91,7	125
Katanga	65,3	9,8	11,6	13,2	100,0	86,8	508
Kasaï Oriental	72,1	3,9	7,2	16,1	100,0	83,2	463
Kasaï Occidental	69,9	10,1	7,4	12,6	100,0	87,4	386
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	41,0	17,0	12,9	28,9	100,0	70,8	769
Second	51,0	13,6	16,1	19,1	100,0	80,7	786
Moyen	61,7	12,3	12,1	13,7	100,0	86,2	999
Quatrième	75,2	8,2	7,8	8,8	100,0	91,1	806
Le plus riche	92,2	2,7	2,1	2,8	100,0	97,0	956
Ensemble 15-49 ans	65,3	10,5	9,9	14,1	100,0	85,8	4 316
Hommes 50-59 ans	48,9	20,3	10,9	19,6	100,0	80,0	441
Ensemble 15-59 ans	63,8	11,4	10,0	14,6	100,0	85,2	4 757

[1] Y compris les non déterminés
[2] C'est-à-dire les hommes qui ont, au moins, fréquenté l'école secondaire et ceux qui peuvent lire une phrase entière ou une partie de phrase

3.4 EXPOSITION AUX MÉDIAS

Les données relatives à l'exposition des femmes et des hommes aux médias sont particulièrement importantes pour la mise en place des programmes d'éducation et de diffusion d'informations dans tous les domaines, notamment dans ceux de la santé et de la planification familiale. Les tableaux 3.5.1 et 3.5.2 présentent les données sur l'exposition des femmes et des hommes aux médias (la presse audiovisuelle ou écrite). Précisons d'emblée, qu'il n'est pas nécessaire que le ménage possède une radio, un téléviseur ou achète un journal pour y avoir accès, de nombreuses personnes pouvant écouter la radio ou regarder la télévision chez des amis ou des voisins.

Tableau 3.5.1 Exposition aux média : Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Les trois média au moins une fois par semaine	Aucun média au moins une fois par semaine	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	10,1	24,9	31,6	4,0	57,3	2 030
20-24	8,9	20,0	32,4	2,5	58,3	2 274
25-29	8,3	20,2	32,0	2,9	58,2	1 655
30-34	7,5	20,0	33,5	2,7	58,2	1 344
35-39	9,1	16,6	31,8	1,7	60,1	1 044
40-44	5,1	15,0	27,7	1,9	65,7	909
45-49	8,1	12,5	23,6	3,2	70,5	739
Milieu de résidence						
Urbain	12,6	40,8	45,7	5,6	37,8	4 540
Rural	5,0	2,0	19,1	0,5	78,2	5 455
Province						
Kinshasa	11,9	74,8	52,1	8,6	16,0	1 575
Bas-Congo	5,8	21,1	53,9	1,4	41,3	397
Bandundu	7,0	2,6	27,7	0,7	69,2	1 518
Équateur	2,8	1,6	8,2	0,4	89,8	1 235
Orientale	6,8	9,5	23,4	1,8	71,3	1 083
Nord-Kivu	13,6	4,4	37,4	1,5	58,6	356
Sud-Kivu	8,0	15,4	48,0	3,4	46,5	426
Maniema	9,7	7,2	37,3	1,3	56,8	314
Katanga	5,3	25,7	29,2	2,4	64,4	1 073
Kasaï Oriental	14,4	10,3	32,5	3,9	60,6	1 132
Kasaï Occidental	10,4	5,0	18,8	1,3	75,7	886
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	0,2	1,3	12,7	0,0	86,8	2 081
Primaire	3,6	7,4	22,3	0,6	73,0	3 851
Secondaire	16,1	38,0	47,6	5,2	35,5	3 802
Supérieur	36,2	79,2	69,4	22,7	5,4	261
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	2,2	1,1	8,8	0,0	89,4	1 798
Second	4,6	1,5	13,5	0,3	83,4	1 967
Moyen	5,2	2,0	25,7	0,4	71,5	2 043
Quatrième	14,1	11,5	43,4	2,3	48,2	1 888
Le plus riche	15,1	72,0	58,6	9,8	15,8	2 300
Ensemble	8,5	19,7	31,2	2,8	59,8	9 995

Les résultats des tableaux 3.5.1 et 3.5.2 montrent qu'au niveau national six femmes sur dix (60 %) et environ quatre hommes sur dix (39 %) ne sont exposés à aucun média. De tous les médias, la radio est celui qui est le plus écouté : plus de trois femmes sur dix (31 %) et un homme sur deux (52 %) ont déclaré écouter la radio, au moins une fois par semaine. La télévision est regardée au moins une fois par semaine par une femme sur cinq (20 %) et par près d'un homme sur quatre (24 %). Les hommes ont déclaré un peu plus fréquemment que les femmes qu'ils lisaient des journaux. Seulement 9 % des femmes contre 27 % des hommes ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. Les proportions de ceux et celles qui sont exposés à la fois aux trois médias sont très faibles : seulement 3 % des femmes et 8 % des hommes.

Tableau 3.5.2 Exposition aux média : Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui, habituellement, lisent un journal, regardent la télévision et/ou écoutent la radio au moins une fois par semaine, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Lit un journal au moins une fois par semaine	Regarde la télévision au moins une fois par semaine	Écoute la radio au moins une fois par semaine	Les trois média au moins une fois par semaine	Aucun média au moins une fois par semaine	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	19,8	27,2	44,1	7,1	45,0	988
20-24	25,3	28,9	55,5	7,3	34,9	869
25-29	28,4	24,1	50,8	6,8	37,6	651
30-34	30,4	26,6	52,7	10,2	38,2	568
35-39	33,7	20,8	57,5	11,9	34,3	483
40-44	32,2	18,5	57,1	8,4	34,6	400
45-49	23,7	16,9	51,4	6,1	41,0	357
Milieu de résidence						
Urbain	30,6	50,7	68,3	16,5	20,6	1 890
Rural	23,5	4,3	39,1	1,5	52,4	2 426
Province						
Kinshasa	28,9	80,9	74,1	23,5	8,7	637
Bas-Congo	18,5	25,0	74,5	7,7	22,5	177
Bandundu	20,4	7,9	41,1	3,2	51,7	663
Équateur	15,5	2,6	23,2	0,4	70,9	571
Orientale	22,1	12,1	44,6	5,3	49,0	496
Nord-Kivu	34,4	6,5	65,9	3,3	25,8	126
Sud-Kivu	28,1	23,5	74,9	8,6	21,0	165
Maniema	23,7	14,8	56,7	5,5	37,6	125
Katanga	24,6	35,9	52,3	10,3	38,8	508
Kasaï Oriental	40,8	13,6	59,3	7,8	29,2	463
Kasaï Occidental	43,1	16,8	49,7	5,9	33,0	386
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	0,6	1,8	30,2	0,0	69,8	234
Primaire	11,0	8,3	32,9	0,8	59,9	1 262
Secondaire	33,0	29,3	59,4	8,7	28,9	2 542
Supérieur	60,8	74,8	87,7	42,5	2,7	278
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	15,7	3,0	23,2	0,5	67,7	769
Second	23,9	3,4	32,1	1,9	57,8	786
Moyen	26,2	5,6	50,3	2,6	42,5	999
Quatrième	33,5	23,8	68,5	9,3	23,6	806
Le plus riche	32,3	80,0	78,8	24,1	7,3	956
Ensemble 15-49 ans	26,6	24,6	51,9	8,1	38,5	4 316
Hommes 50-59 ans	27,6	18,5	50,2	7,6	39,0	441
Ensemble 15-59 ans	26,7	24,1	51,7	8,0	38,5	4 757

Selon l'âge, on constate que chez les femmes, les jeunes générations sont relativement plus exposées aux médias que les plus âgées. En effet, les proportions de femmes exposées à aucun média varient de 57 % chez les femmes de 15-19 ans à 71 % chez celles de 45-49 ans. Chez les hommes, les écarts selon l'âge sont très irréguliers et faibles.

Par milieu de résidence, les résultats font apparaître des différences significatives. En milieu rural, la proportion de femmes exposées à aucun média est deux fois plus élevée que celle observée en milieu urbain (78 % contre 38 %). En milieu rural, il peut arriver fréquemment que les femmes n'aient pas accès aux médias même si ceux-ci existent dans le ménage, car généralement, les travaux ménagers absorbent une grande partie de leur temps et, qu'en outre, la radio est souvent considérée comme la propriété de l'homme qui exerce seul le contrôle sur ce bien. Chez les hommes, on constate aussi des écarts importants, la proportion étant de 52 % en milieu rural et de 21 % en milieu urbain.

Selon les provinces, les résultats mettent en évidence l'écart existant entre la Ville de Kinshasa et les autres provinces. En effet, près d'un quart des hommes (24 %) sont exposés aux trois médias à

Kinshasa contre tout au plus 10 % ailleurs. Chez les femmes, la proportion varie d'un maximum de 9 % à Kinshasa à moins d'un pour cent dans les provinces de Bandundu et de l'Équateur. On constate également que le niveau d'instruction influence de manière significative le niveau d'exposition aux médias. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, ceux ayant le niveau secondaire ou plus sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 23 % des femmes et 43 % des hommes de niveau supérieur contre 5 % des femmes et 9 % des hommes de niveau secondaire sont exposés aux trois médias. Par ailleurs, les résultats montrent que 87 % des femmes sans niveau d'instruction ne sont exposées à aucun média contre 36 % de celles ayant un niveau secondaire et 5 % parmi celles ayant un niveau supérieur. Ces proportions sont respectivement de 70 %, 29 % et 3 % pour les hommes.

De même que pour le niveau d'instruction, on note une relation positive entre le niveau de bien-être du ménage et l'exposition aux médias. On constate que ce sont les hommes et les femmes vivant dans les ménages les plus riches qui sont les plus fréquemment exposés aux trois médias : 10 % des femmes et 24 % des hommes contre seulement moins d'un pour cent des hommes et des femmes des ménages les plus pauvres.

3.5 Activité Économique

Au cours de l'EDS-RDC, des questions relatives à l'emploi ont été posées aux hommes et aux femmes. On a considéré comme ayant un travail, les hommes et les femmes ayant déclaré avoir eu, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, une activité rémunérée ou non, indépendamment du secteur d'activité, en dehors du travail domestique.

Les résultats des tableaux 3.6.1 montrent qu'au niveau national, 5 % des femmes ne travaillaient pas au moment de l'enquête, même si elles avaient déclaré avoir travaillé dans les 12 mois précédant l'enquête. À l'opposé, plus de trois femmes sur cinq (64 %) exerçaient une activité au moment de l'enquête. On note que le pourcentage de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente régulièrement avec l'âge, passant d'un minimum de 35 % à 15-19 ans à un maximum de 81 % à 40-49 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent que ce sont les femmes en rupture d'union (76 %) et celles en union (74 %) qui étaient les plus fréquemment actives au moment de l'enquête. Le nombre d'enfants influence également le niveau d'activité de la femme. Plus le nombre d'enfants augmente, plus la proportion de femmes actives augmente : de 68 % quand celles-ci ont seulement un ou deux enfants, la proportion passe à 79 % quand elles en ont cinq ou plus.

Tableau 3.6.1 Emploi : Femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans en fonction du fait qu'elles travaillent ou non, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	A travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête		N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Total[2]	Effectif de femmes
	Travaille actuellement[1]	Ne travaille pas actuellement			
Groupe d'âges					
15-19	34,7	5,3	59,9	100,0	2 030
20-24	58,6	4,9	36,4	100,0	2 274
25-29	71,2	5,7	23,1	100,0	1 655
30-34	78,7	4,3	17,0	100,0	1 344
35-39	76,7	3,6	19,5	100,0	1 044
40-44	81,4	4,6	13,5	100,0	909
45-49	80,8	4,0	15,1	100,0	739
État matrimonial					
Célibataire	33,1	4,8	62,1	100,0	2 432
En union	73,9	4,8	21,2	100,0	6 622
Divorcée/séparée/veuve	75,9	5,2	18,9	100,0	941
Nombre d'enfants vivants					
0	40,5	5,2	54,3	100,0	2 978
1-2	68,1	5,1	26,5	100,0	2 849
3-4	77,9	4,4	17,6	100,0	1 959
5+	78,6	4,3	17,0	100,0	2 209
Milieu de résidence					
Urbain	49,2	5,6	45,1	100,0	4 540
Rural	76,6	4,1	19,2	100,0	5 455
Province					
Kinshasa	44,8	5,6	49,4	100,0	1 575
Bas-Congo	68,4	2,8	28,6	100,0	397
Bandundu	77,9	3,6	18,5	100,0	1 518
Équateur	61,9	3,8	34,3	100,0	1 235
Orientale	74,0	3,3	22,3	100,0	1 083
Nord-Kivu	68,2	5,7	26,0	100,0	356
Sud-Kivu	59,2	8,7	32,1	100,0	426
Maniema	63,7	5,8	30,5	100,0	314
Katanga	56,6	8,1	35,3	100,0	1 073
Kasaï Oriental	60,0	6,4	33,6	100,0	1 132
Kasaï Occidental	79,4	1,1	19,3	100,0	886
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	79,8	3,9	16,3	100,0	2 081
Primaire	69,4	4,8	25,6	100,0	3 851
Secondaire	52,2	5,2	42,5	100,0	3 802
Supérieur	35,9	6,1	58,0	100,0	261
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	79,5	4,6	16,0	100,0	1 798
Second	76,4	4,1	19,3	100,0	1 967
Moyen	70,9	4,3	24,6	100,0	2 043
Quatrième	56,6	5,6	37,8	100,0	1 888
Le plus riche	41,9	5,5	52,6	100,0	2 300
Ensemble	64,1	4,8	30,9	100,0	9 995

[1] « Travaille actuellement » concerne les femmes qui ont travaillé au cours des sept derniers jours. Y compris celles qui n'avaient pas travaillé au cours des sept derniers jours mais qui ont un emploi régulier et qui étaient absentes parce qu'elles étaient en congé, malades ou en vacances ou pour d'autres raisons.
[2] Y compris les non déterminés

Tableau 3.6.2 Emploi : Hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans en fonction du fait qu'ils travaillent ou non, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	A travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête		N'a pas travaillé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête	Total[2]	Effectif d'hommes
	Travaille actuellement[1]	Ne travaille pas actuellement			
Groupe d'âges					
15-19	23,7	11,5	63,6	100,0	988
20-24	48,6	11,8	39,4	100,0	869
25-29	74,2	8,9	17,0	100,0	651
30-34	82,6	7,5	9,4	100,0	568
35-39	86,0	8,0	5,9	100,0	483
40-44	80,4	9,2	10,5	100,0	400
45-49	84,8	7,7	7,5	100,0	357
État matrimonial					
Célibataire	34,5	11,3	53,3	100,0	1 816
En union	82,5	8,1	9,5	100,0	2 279
Divorcé/séparé/veuf	63,8	14,1	21,9	100,0	221
Nombre d'enfants vivants					
0	37,8	11,3	50,1	100,0	2 055
1-2	82,0	8,8	9,3	100,0	832
3-4	81,6	7,8	10,6	100,0	586
5+	84,4	8,0	7,6	100,0	843
Milieu de résidence					
Urbain	58,7	9,4	31,6	100,0	1 890
Rural	63,4	10,0	26,2	100,0	2 426
Province					
Kinshasa	56,2	8,7	34,9	100,0	637
Bas-Congo	70,7	8,0	21,3	100,0	177
Bandundu	51,0	8,2	40,0	100,0	663
Équateur	61,5	5,1	33,3	100,0	571
Orientale	75,5	2,6	20,8	100,0	496
Nord-Kivu	68,9	10,2	20,7	100,0	126
Sud-Kivu	57,2	11,1	31,6	100,0	165
Maniema	60,8	10,2	28,9	100,0	125
Katanga	64,6	13,1	21,6	100,0	508
Kasaï Oriental	60,8	19,5	19,6	100,0	463
Kasaï Occidental	60,6	13,6	25,8	100,0	386
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	69,6	16,0	14,4	100,0	234
Primaire	64,3	9,1	26,2	100,0	1 262
Secondaire	59,4	9,5	30,8	100,0	2 542
Supérieur	58,8	8,9	30,9	100,0	278
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	67,3	8,9	23,6	100,0	769
Second	70,1	7,4	21,4	100,0	786
Moyen	58,3	9,0	32,4	100,0	999
Quatrième	58,2	12,8	28,9	100,0	806
Le plus riche	55,2	10,5	34,1	100,0	956
Ensemble 15-49 ans	61,3	9,7	28,6	100,0	4 316
Hommes 50-59 ans	84,3	5,6	9,9	100,0	441
Ensemble 15-59 ans	63,5	9,3	26,8	100,0	4 757

[1] « Travaille actuellement » concerne les hommes qui ont travaillé au cours des sept derniers jours. Y compris ceux qui n'avaient pas travaillé au cours des sept derniers jours mais qui ont un emploi régulier et qui étaient absents parce qu'ils étaient en congé, malades ou en vacances ou pour d'autres raisons.
[2] Y compris les non déterminés

Les données selon le milieu de résidence montrent que c'est en milieu rural que la proportion de femmes qui travaillaient au moment de l'enquête est la plus élevée (77 % contre 49 % en milieu urbain). À l'opposé, c'est dans la Ville de Kinshasa qu'elle est la plus faible (45 %). Dans les provinces, la proportion de femmes ayant une activité varie de 57 % au Katanga et 59 % au Sud-Kivu à un maximum de 78 % dans le Bandundu et 79 % dans la province du Kasaï Occidental. Les résultats selon le niveau

d'instruction montrent que les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction (80 %) étaient proportionnellement plus nombreuses à exercer une activité que celles ayant un niveau d'instruction primaire (69 %), secondaire (52 %) et supérieur (36 %). Enfin, les femmes des ménages des deux quintiles les plus pauvres étaient plus fréquemment occupées (80 % et 76 %) que leurs consœurs des ménages les plus riches (42 %).

Les résultats du tableau 3.6.2 concernant les hommes montrent que 61 % des hommes de 15-49 ans exerçaient une activité quelconque au moment de l'enquête, soit une proportion légèrement plus faible que celle des femmes (64 %). On constate, comme chez les femmes mais de manière plus irrégulière, que le pourcentage d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête augmente avec l'âge, passant de 24 % à 15-19 ans à 85 % à 45-49 ans. Du point de vue de l'état matrimonial, les résultats montrent, que les hommes en union et ceux en rupture d'union étaient, proportionnellement, les plus nombreux à travailler au moment de l'enquête (respectivement, 83 % et 64 %). Plus le nombre d'enfants augmente, plus la proportion d'hommes exerçant une activité augmente : de 38 % quand ceux-ci n'ont pas d'enfants, la proportion passe à 84 % quand ils en ont 5 ou plus.

Par rapport au milieu de résidence, c'est en milieu rural que la proportion d'hommes qui travaillaient au moment de l'enquête est la plus élevée : 63 % contre 59 % en milieu urbain. En provinces, la proportion d'hommes ayant une activité au moment de l'enquête varie de 51 % dans le Bandundu et 56 % à Kinshasa à un maximum de 71 % dans le Bas-Congo et 76 % dans la province Orientale.

Concernant le niveau d'instruction, les résultats révèlent que les hommes sans niveau d'instruction (70 %) étaient, proportionnellement, plus nombreux à exercer une activité que ceux ayant un niveau primaire (64 %) et que ceux ayant un niveau secondaire ou plus (59 %). Enfin, comparativement aux femmes, on constate que dans les ménages les plus pauvres, la proportion d'hommes qui travaillaient est plus faible que celle des femmes (67 % contre 80 %). Par contre, dans les ménages les plus riches, ces proportions concernent 55 % des hommes contre 42 % des femmes.

Le tableau 3.7.1 présente les résultats selon le type d'occupation des femmes. La quasi-majorité des femmes qui exerçaient une activité au moment de l'enquête ou qui avaient exercé une activité au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête travaillait dans le secteur agricole (65 %). En dehors du secteur agricole, c'est surtout dans les ventes et services que les femmes (25 %) travaillaient. En outre, les résultats montrent que 3 % exerçaient un travail manuel non qualifié et, dans 2 % des cas, un travail manuel qualifié. Seulement 3 % ont déclaré avoir une activité professionnelle technique ou administrative. Selon le milieu de résidence, on constate que la proportion de femmes ayant déclaré une activité agricole est bien sûr plus élevée en milieu rural (85 % contre 29 % en milieu urbain). Cette proportion est beaucoup plus faible dans la ville de Kinshasa (5 %). Dans les autres provinces, cette proportion atteint au moins 54 %. En milieu urbain, un peu plus de la moitié de femmes (52 %) travaillent dans les ventes et services. En ce qui concerne le niveau d'instruction, les résultats montrent que 88 % des femmes n'ayant aucun niveau étaient occupées dans l'agriculture ; parmi les femmes ayant un niveau secondaire ou plus, cette proportion est de seulement 36 % pour les femmes de niveau secondaire et de 5 % pour celles de niveau supérieur.

Tableau 3.7.1 Occupation : Femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Cadre/ technicienne/ direction	Employée	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Agriculture	Manquant	Ensemble	Effectif de femmes
Groupe d'âges									
15-19	0,5	0,4	24,9	2,9	3,8	63,1	4,4	100,0	812
20-24	2,0	0,8	27,6	2,5	1,8	65,1	0,2	100,0	1 444
25-29	3,6	0,9	25,0	2,6	3,6	64,0	0,2	100,0	1 273
30-34	3,4	1,0	30,6	2,7	3,5	58,8	0,1	100,0	1 115
35-39	4,7	0,3	26,4	2,6	2,3	63,4	0,3	100,0	838
40-44	5,6	0,5	19,1	1,9	2,3	70,1	0,4	100,0	782
45-49	4,4	0,0	19,6	0,7	1,5	73,5	0,3	100,0	628
État matrimonial									
Célibataire	4,1	2,5	32,9	5,2	3,9	47,3	4,1	100,0	921
En union	3,2	0,3	23,0	2,0	2,4	69,0	0,2	100,0	5 207
Divorcée/séparée/veuve	3,1	0,6	33,2	1,7	3,8	57,0	0,5	100,0	764
Nombre d'enfants vivants									
0	3,7	1,3	29,5	4,3	3,5	54,9	2,9	100,0	1 362
1-2	2,6	1,0	25,2	2,3	2,4	66,3	0,3	100,0	2 085
3-4	3,7	0,3	26,8	1,7	2,7	64,8	0,1	100,0	1 612
5+	3,5	0,1	21,6	1,6	2,6	70,3	0,2	100,0	1 832
Milieu de résidence									
Urbain	6,7	1,6	52,0	4,8	5,4	28,8	0,8	100,0	2 489
Rural	1,4	0,1	10,4	1,0	1,2	85,1	0,7	100,0	4 403
Province									
Kinshasa	6,3	2,4	73,0	7,6	5,0	5,4	0,2	100,0	795
Bas-Congo	2,7	0,6	14,4	2,7	1,3	78,3	0,0	100,0	283
Bandundu	3,0	0,4	7,5	0,4	0,3	88,4	0,1	100,0	1 237
Équateur	1,4	0,1	11,8	0,6	2,3	82,6	1,1	100,0	810
Orientale	1,3	0,1	23,0	2,1	3,4	69,2	1,0	100,0	837
Nord-Kivu	2,0	0,2	28,7	1,5	2,6	64,9	0,1	100,0	263
Sud-Kivu	4,2	0,3	34,8	1,6	2,6	53,8	2,6	100,0	289
Maniema	3,3	0,1	23,6	2,8	1,9	66,5	1,9	100,0	219
Katanga	4,7	1,4	23,5	2,9	1,0	66,0	0,7	100,0	694
Kasaï Oriental	3,5	0,8	29,4	2,2	6,1	57,4	0,6	100,0	752
Kasaï Occidental	3,7	0,1	19,5	2,5	3,4	69,6	1,2	100,0	713
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	0,5	0,0	9,3	0,6	1,0	88,3	0,3	100,0	1 740
Primaire	0,3	0,0	20,1	1,3	2,7	74,8	0,9	100,0	2 857
Secondaire	7,7	1,4	44,9	5,1	4,2	35,9	0,8	100,0	2 185
Supérieur	38,6	12,7	36,0	4,2	2,5	4,6	1,3	100,0	110
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	0,5	0,0	8,5	1,3	1,2	87,9	0,6	100,0	1 510
Second	1,1	0,2	7,7	0,7	1,2	87,8	1,3	100,0	1 583
Moyen	2,2	0,1	15,6	1,3	1,9	78,3	0,5	100,0	1 538
Quatrième	5,1	0,9	42,9	2,7	5,2	42,9	0,3	100,0	1 173
Le plus riche	9,8	2,8	69,8	7,5	5,7	3,6	0,8	100,0	1 088
Ensemble	3,3	0,6	25,4	2,4	2,7	64,8	0,7	100,0	6 892

Tableau 3.7.2 Occupation : Hommes

Répartition (en %) des hommes de 15-49 ans ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type d'occupation, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Cadre/ technicien/ direction	Employé	Ventes et services	Manuel qualifié	Manuel non qualifié	Agriculture	Manquant	Ensemble	Effectif d'hommes
Groupe d'âges									
15-19	6,5	0,2	12,6	19,6	9,7	46,9	4,5	100,0	348
20-24	8,5	0,6	12,2	19,1	11,0	47,6	1,0	100,0	525
25-29	13,5	1,5	13,4	19,7	8,7	42,3	0,9	100,0	540
30-34	12,8	0,6	14,8	17,4	7,6	45,3	1,6	100,0	512
35-39	18,3	0,6	6,8	15,5	7,3	50,9	0,6	100,0	454
40-44	16,4	0,9	8,3	16,0	5,7	51,1	1,7	100,0	359
45-49	21,5	1,4	3,6	14,4	5,1	53,4	0,7	100,0	330
État matrimonial									
Célibataire	12,1	1,1	15,0	20,2	9,9	39,3	2,5	100,0	832
En union	14,7	0,7	9,3	16,2	7,3	50,9	0,9	100,0	2 063
Divorcé/séparé/veuf	8,7	0,9	7,2	21,7	8,1	50,1	3,3	100,0	172
Nombre d'enfants vivants									
0	12,2	1,1	13,0	19,5	11,2	40,2	2,7	100,0	1 010
1-2	11,9	0,6	13,8	18,4	6,6	48,0	0,7	100,0	755
3-4	14,2	1,8	8,7	16,3	8,8	49,6	0,6	100,0	524
5+	16,9	0,0	6,1	15,1	4,9	55,9	1,2	100,0	778
Milieu de résidence									
Urbain	16,2	1,9	19,8	28,1	11,0	20,8	2,2	100,0	1 287
Rural	11,8	0,1	4,1	10,0	5,9	67,2	0,9	100,0	1 781
Province									
Kinshasa	21,6	3,0	25,0	33,1	6,2	7,8	3,2	100,0	413
Bas-Congo	9,2	0,0	8,2	18,2	7,5	56,6	0,3	100,0	139
Bandundu	11,2	0,1	9,2	7,1	5,4	66,2	0,7	100,0	393
Équateur	13,9	0,1	6,3	4,7	5,7	68,3	1,1	100,0	380
Orientale	9,4	0,5	3,9	20,3	3,9	61,1	1,0	100,0	388
Nord-Kivu	9,4	0,6	11,6	14,5	11,1	51,9	1,0	100,0	99
Sud-Kivu	39,2	0,7	12,9	16,2	10,5	18,6	2,0	100,0	113
Maniema	9,9	0,6	7,3	14,9	6,6	57,5	3,2	100,0	89
Katanga	14,5	1,8	12,5	19,0	8,1	43,2	1,0	100,0	394
Kasaï Oriental	10,2	0,4	6,5	23,5	13,0	44,1	2,3	100,0	372
Kasaï Occidental	9,0	0,0	11,2	15,4	15,5	48,2	0,7	100,0	287
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	0,6	0,0	2,8	5,0	5,4	85,2	0,9	100,0	200
Primaire	3,1	0,1	6,3	15,4	5,6	68,9	0,6	100,0	926
Secondaire	15,6	1,1	13,7	20,7	10,1	36,8	1,9	100,0	1 753
Supérieur	61,2	2,8	12,5	12,5	4,3	5,2	1,6	100,0	188
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	4,9	0,0	3,8	5,8	5,4	79,5	0,6	100,0	586
Second	8,7	0,2	4,9	11,3	3,9	69,7	1,3	100,0	609
Moyen	13,3	0,1	5,2	12,8	7,8	59,9	0,9	100,0	672
Quatrième	15,8	1,0	15,4	24,3	15,5	26,6	1,4	100,0	572
Le plus riche	25,0	2,9	24,3	33,6	8,1	2,9	3,0	100,0	628
Ensemble 15-49 ans	13,6	0,8	10,7	17,6	8,1	47,7	1,5	100,0	3 067
Hommes 50-59 ans	18,4	0,2	5,7	17,0	2,0	56,7	0,0	100,0	397
Ensemble 15-59 ans	14,2	0,8	10,1	17,5	7,4	48,7	1,3	100,0	3 464

Le tableau 3.7.2 présente les résultats selon le type d'occupation des hommes. Comme pour les femmes, bien que la proportion soit plus faible, c'est dans l'agriculture que la majorité des hommes en activité travaillent (48 %) ; en outre, un homme sur 13 exerce un travail manuel non qualifié (8 %) et seulement 18 % ont déclaré exercé un travail manuel qualifié. C'est bien sûr en milieu rural que la proportion d'hommes ayant une activité agricole est la plus élevée (67 % contre 21 % en milieu urbain). Par contre, en milieu urbain, la proportion d'hommes exerçant un travail manuel qualifié ou non est nettement supérieure à celle observée en milieu rural (respectivement 28 % contre 10 % et 11 % contre 6 %). Concernant le niveau d'instruction, les résultats montrent comme chez les femmes qu'une grande majorité d'hommes sans instruction travaillent dans l'agriculture (85 %). Par contre, parmi les plus instruits, 61 % de niveau supérieur et 16 % de niveau secondaire occupaient un emploi d'encadrement ou de technicien. Les résultats selon les quintiles de bien-être montrent que dans le plus pauvre, la majorité des hommes travaillaient dans l'agriculture (80 %) : à l'opposé, dans le quintile le plus riche, cette proportion n'est que de 3 % et dans ces ménages, 25 % occupaient un poste d'encadrement ou de technicien et 34 % exerçaient un travail manuel qualifié.

Les résultats du tableau 3.8 présentent la répartition des femmes ayant ou ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête par type de revenu, type d'employeur et selon de la régularité de l'emploi. Dans l'ensemble, on constate que 17 % des femmes n'ont pas été rémunérées pour leur travail, 42 % ont été payées en argent et en nature. Dans 28 % des cas, les femmes ont reçu de l'argent et dans 13 % des cas, les femmes ont été payées en nature seulement. Les femmes travaillant ou ayant travaillé dans le secteur non agricole ont été plus fréquemment payées en argent (71 %) que celles qui ont exercé une activité dans le domaine agricole (6 %).

Dans la majorité des cas (87 %), les femmes travaillaient pour leur propre compte, cela quel que soit le type d'emploi. Dans le secteur agricole, la proportion de femmes ayant déclaré avoir travaillé pour un membre de la famille est un peu plus élevée que dans le secteur non agricole (10 % contre 7 %). Enfin, dans 43 % des cas, les femmes ont travaillé toute l'année, en particulier celles ayant travaillé dans le secteur non agricole (50 %).

Tableau 3.8 Type d'emploi

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans ayant eu un emploi au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le type de rémunération, le type d'employeur et selon la régularité de l'emploi, par secteur agricole et non agricole, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique de l'emploi	Travail agricole	Travail non agricole	Ensemble[1]
Type de revenu			
Argent seulement	5,9	71,0	28,4
Argent et nature	56,9	15,4	42,2
Nature seulement	18,4	1,6	12,5
Pas rémunérée	18,8	11,9	16,8
Total[2]	100,0	100,0	100,0
Type d'employeur			
Employée par un membre de la famille	9,8	7,1	8,8
Employée par quelqu'un qui n'est pas membre de la famille	1,4	8,5	3,8
Travaille à son propre compte	88,8	84,3	87,2
Total[2]	100,0	100,0	100,0
Durée de l'emploi			
Toute l'année	39,2	49,5	42,9
Saisonnier	45,5	15,7	35,0
Occasionnel	14,9	34,4	21,6
Total[2]	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes avec un emploi au cours des 12 derniers mois	4 463	2 379	6 892

[1] L'ensemble comprend 50 femmes dont l'information sur le type d'emploi est manquante.
[2] Y compris les non déterminés

FÉCONDITÉ 4

L'un des objectifs de l'EDS-RDC est de fournir les informations nécessaires pour le calcul des indicateurs permettant de mesurer les niveaux et tendances de la fécondité en République Démocratique du Congo et d'analyser leurs variations selon les caractéristiques sociodémographiques de la femme (âge, milieu et province de résidence, niveau d'instruction, etc.). Ces informations ont été obtenues à l'aide d'une série de questions que les agents de terrain (enquêtrices/enquêteurs et agents de santé) ont posées aux femmes éligibles. Au cours de l'interview, les agents de terrain devaient enregistrer le nombre total d'enfants nés vivants (naissances vivantes) que la femme a eus, en distinguant les garçons des filles, ceux vivant avec elle de ceux vivant ailleurs, et ceux qui sont décédés. Ensuite, l'agent de terrain reconstituait avec la femme interrogée l'historique complet de toutes ses naissances vivantes, de la plus ancienne à la plus récente. Il enregistrait pour chacune d'entre elles le type de naissance (simple ou multiple), le sexe, la date de naissance et l'état de survie. Pour les enfants encore en vie, l'agent de terrain enregistrait leur âge et distinguait ceux vivant avec leur mère de ceux vivant ailleurs. Pour les enfants décédés, il enregistrait l'âge au décès.

Les questions étaient posées de manière rigoureuse de façon à permettre aux agents de terrain de déceler les erreurs dans les déclarations des mères. À la fin du remplissage du tableau de l'histoire génésique de la femme, l'agent de terrain devait rapprocher le nombre total d'enfants enregistrés de celui obtenu à partir de l'historique des naissances et corriger d'éventuelles incohérences.

Ce chapitre porte sur l'analyse de la fécondité des femmes congolaises âgées de 15-49 ans. Il estime le niveau du phénomène, en dégage ses tendances et met en évidence ses variations selon certaines caractéristiques. Ensuite, l'analyse porte sur la fécondité des femmes par groupe d'âges (parité moyenne) et les données concernant les femmes âgées de 35-39 ans qui n'ont pas encore eu d'enfant permettent d'estimer le niveau de la stérilité primaire. En outre, le comportement procréateur des femmes est appréhendé à partir de deux composantes de la fécondité, à savoir : l'intervalle intergénésique et l'âge à la première naissance. L'analyse de la fécondité des adolescentes complète le chapitre.

L'EDS-RDC étant une enquête rétrospective, les données collectées permettent d'estimer, non seulement le niveau de la fécondité actuelle, mais également les tendances passées du phénomène. Pour les besoins de cette analyse, les tendances passées seront étudiées sur les 20 dernières années précédant l'enquête. Malgré l'organisation mise en place pour atteindre les objectifs de l'enquête (notamment la formation, les instructions données aux agents de terrain ainsi qu'à ceux chargés du traitement informatique des données, et les contrôles opérés à tous les niveaux), les données obtenues peuvent être sujettes à différents types d'erreurs. Ces erreurs sont principalement celles inhérentes aux enquêtes rétrospectives, à savoir :

- le **sous-enregistrement des naissances**, en particulier l'omission d'enfants qui vivent ailleurs, de ceux qui meurent très jeunes, quelques heures ou quelques jours seulement après la naissance, ce qui peut entraîner une sous-estimation des niveaux de fécondité ;

- l'**imprécision des déclarations de date de naissance et/ou d'âge**, en particulier l'attraction pour des années de naissance ou pour des âges ronds, ce qui peut entraîner des sous-estimations ou des surestimations de la fécondité à certains âges et/ou pour certaines périodes ;

- le **biais sélectif de survie** ou effet de sélectivité : en effet, les femmes enquêtées sont celles qui sont survivantes. Si l'on suppose que la fécondité des femmes décédées avant l'enquête est différente de celle des survivantes, les niveaux de fécondité obtenus s'en trouveraient légèrement biaisés.

Les informations peuvent également être affectées par le mauvais classement des dates de naissance d'enfants nés depuis 2002, transférés vers les années précédentes. Ces transferts d'année de naissance, que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes de type EDS, sont parfois effectués par les agents de terrain pour éviter de poser les questions sur la santé des enfants nés depuis 2002 (section 4B du questionnaire). On constate que des transferts de naissance se sont produits[1] de 2002 vers 2001, ce qui pourrait induire une légère sous-estimation de la fécondité ; cependant, une partie des transferts se sont produits de 2002 vers 2003, ce qui n'affecte pas les estimations puisque ces deux années sont comprises dans l'intervalle de référence retenu pour le calcul des niveaux récents de fécondité. En effet, l'intervalle retenu correspond à la période 0-4 ans avant l'enquête, soit les années 2002-2007.

4.1 NIVEAUX DE LA FÉCONDITÉ

Le niveau de la fécondité est mesuré par les taux de fécondité par groupe d'âges et l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). Les taux de fécondité par groupe d'âges sont calculés en rapportant les naissances vivantes issues des femmes de chaque groupe d'âges à l'effectif des femmes du groupe d'âges correspondant. Quant à l'ISF, il est obtenu à partir du cumul des taux de fécondité par âge. L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de vie féconde, dans les conditions de fécondité actuelle. Pour le calcul de l'ISF, la période de trois années ayant précédé l'enquête (soit 2004-2007) a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets des transferts possibles de l'année de naissance des enfants déclarée par la mère.

Le tableau 4.1 présente les taux de fécondité par groupe d'âges selon le milieu de résidence, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) ainsi que le taux brut de natalité pour les trois années ayant précédé l'enquête.

Tableau 4.1 Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Brut de Natalité (TBN) et Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête par milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
15-19	101	145	124
20-24	219	292	260
25-29	235	303	271
30-34	252	287	270
35-39	170	224	201
40-44	72	109	95
45-49	23	44	37
ISF	5,4	7,0	6,3
TGFG	180	234	209
TBN	40,4	46,8	44,1

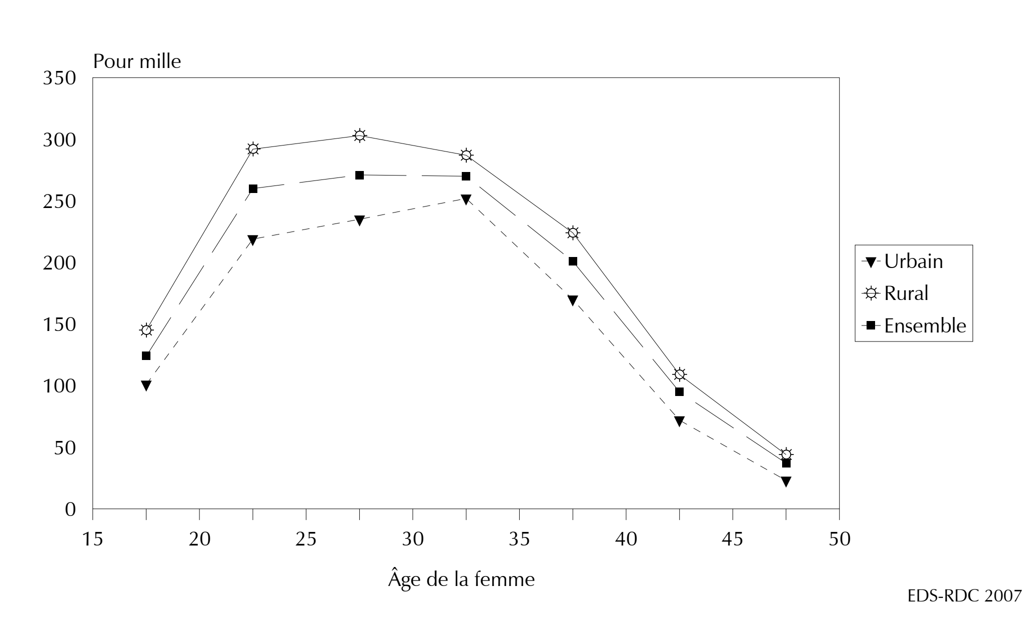
Notes : Les taux sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés du fait de données incomplètes pour ce groupe d'âges. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'interview.
ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme
TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes
TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus

La courbe des taux de fécondité par groupe d'âges, illustrée par le graphique 4.1, présente une allure classique, celle généralement observée dans les pays à forte fécondité. Lorsque la fécondité n'est pas contrôlée, des études ont montré que la courbe de fécondité a une forme convexe, atteignant son niveau maximal entre 20-29 ans (Henry, 1972). En République Démocratique du Congo, la fécondité débute très précocement puisque, dès l'âge de 15-19 ans, le taux de fécondité est de 124 ‰. Ensuite, elle croît rapidement pour atteindre son maximum entre 25-29 ans (271 ‰), avant de baisser avec l'âge. À

[1] À l'annexe C, le tableau C.4 fournit la distribution des naissances par année de naissance. Le rapport de naissances annuelles (rapport de naissances de l'année x à la demi-somme des naissances des années précédentes et suivantes, soit Nx/[(Nx-1+Nx+1)/2], rend compte des déplacements d'années de naissance. Le rapport semble indiquer un manque de naissances en 2002 (rapport : 87 < 100) et un excédent en 2001 (rapport : 105 > 100), mais aussi en 2003 (rapport : 114).

partir de 40 ans, on constate une baisse importante de la fécondité et c'est à 45-49 ans que le taux de fécondité est le plus faible (37 ‰). La fécondité des femmes congolaises demeure très élevée, puisqu'en arrivant en fin de vie féconde, une femme a, en moyenne 6,3 enfants. Le nombre moyen d'enfants par femme estimé à 7,2 par l'Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes au Zaïre en 1995 (ENSEF), est pratiquement identique à l'ISF de 7,1 enfants par femme estimé par l'enquête MICS2 de 2001. L'estimation de 6,3 enfants par femme par l'EDS-RDC de 2007 semble indiquer que le niveau de la fécondité a diminué depuis 2001.

Graphique 4.1 Taux de fécondité générale par âge selon le milieu de résidence



Le taux global de fécondité générale (TGFG) est de 209 ‰. Il mesure le nombre annuel moyen de naissances vivantes pour 1 000 femmes en âge de procréer. Le taux brut de natalité (TBN) est, quant à lui, estimé à 44 ‰. Il correspond au nombre annuel moyen de naissances vivantes survenues au sein de la population totale.

Le tableau 4.1 fournit également les taux de fécondité selon le milieu de résidence. On constate qu'à tous les âges, les femmes du milieu urbain ont une fécondité plus faible que celles du milieu rural. La fécondité maximale est plus tardive en ville puisque c'est à 30-34 ans qu'elle atteint son maximum (252 ‰) alors qu'en milieu rural, c'est à 25-29 ans que l'on enregistre la valeur maximale (303 ‰). L'ISF qui en résulte est estimé à 7,0 enfants par femme en zone rurale, contre 5,4 en milieu urbain. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité beaucoup plus élevée que celles des villes ; plus précisément, leur fécondité est 30 % plus élevée que celle des femmes du milieu urbain.

Le tableau 4.2 présente le nombre moyen d'enfants (ISF) par femme selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Il présente également le pourcentage des femmes enceintes au moment de l'enquête ainsi que le nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, un indicateur indirect de la descendance finale.

En ce qui concerne l'ISF, on constate tout d'abord qu'il n'y a pas d'écart entre les femmes sans instruction et celles ayant un niveau primaire. Au-delà du niveau primaire, l'ISF diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 5,2 enfants chez les femmes ayant un niveau secondaire à un minimum de 2,6 enfants chez celles qui ont un niveau supérieur. Ainsi, une femme ayant, au plus, un niveau d'instruction primaire a, en moyenne, 4,5 enfants de plus qu'une femme de niveau supérieur et environ 2 enfants de plus qu'une femme de niveau secondaire. On constate également des écarts aussi importants en fonction des quintiles de bien-être, l'ISF passant d'un maximum de 7,4 enfants parmi les femmes des ménages les plus pauvres à 6,4 parmi celles des ménages du quintile moyen et à un minimum de 4,2 parmi celles des ménages du quintile le plus riche. Les femmes appartenant au quintile le plus pauvre ont donc, en moyenne, en fin de vie féconde, 3,2 enfants de plus que celles appartenant au quintile le plus riche.

Le tableau 4.2 fournit également le pourcentage de femmes qui se sont déclarées enceintes au moment de l'enquête. En fait, il ne s'agit pas de la proportion exacte de femmes enceintes, étant donné que les enquêtées en début de grossesse et ne sachant pas si elles sont enceintes n'ont pas déclaré leur état. Au niveau national, la proportion observée de femmes enceintes est de 11 %. La proportion de femmes enceintes suit les mêmes variations que l'ISF. Ainsi, la proportion de femmes enceintes est plus élevée en milieu rural (13 %) qu'en milieu urbain (9 %). Si l'on considère la province de résidence, on constate que les proportions observées dans la ville province de Kinshasa (6 %) et au Nord-Kivu (8 %) sont nettement inférieures à celles observées au Kasaï Occidental (14 %), au Kasaï Oriental (15 %) et dans la province Orientale (16 %).

Tableau 4.2 Fécondité par caractéristiques sociodémographiques

Indice Synthétique de Fécondité pour les trois années ayant précédé l'enquête, pourcentage de femmes 15-49 ans actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Indice synthétique de fécondité	Pourcentage actuellement enceinte	Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans
Milieu de résidence			
Urbain	5,4	9,4	6,1
Rural	7,0	12,8	6,5
Province			
Kinshasa	3,7	6,4	5,5
Bas-Congo	5,9	9,6	6,5
Bandundu	6,7	8,8	6,5
Équateur	6,2	11,8	6,3
Orientale	6,7	15,5	5,7
Nord-Kivu	7,0	8,1	6,9
Sud-Kivu	7,4	12,1	7,4
Maniema	6,7	12,5	7,0
Katanga	5,9	12,0	6,4
Kasaï Oriental	7,6	14,8	7,3
Kasaï Occidental	7,7	13,7	6,8
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	7,1	12,1	6,4
Primaire	7,1	13,0	6,7
Secondaire	5,2	9,4	6,0
Supérieur	2,6	4,5	4,0
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	7,4	12,5	6,3
Second	7,0	13,1	6,4
Moyen	6,4	11,9	6,4
Quatrième	6,8	12,1	7,1
Le plus riche	4,2	7,5	5,9
Ensemble	6,3	11,2	6,4

Note : L'Indice Synthétique de Fécondité correspond à la période 1-36 mois avant l'interview.

À l'inverse de l'ISF qui mesure la fécondité actuelle ou récente des femmes de 15-49 ans, le nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans est le résultat de la fécondité passée des femmes qui atteignent la fin de leur vie féconde au moment de l'enquête. Dans une population où la fécondité reste invariable, cette descendance tend à se rapprocher de l'ISF. Si, par contre, l'ISF est inférieur au nombre moyen d'enfants par femme de 40-49 ans, cela peut indiquer une tendance à la baisse de la fécondité. Les données de l'EDS-RDC de 2007 montrent que la descendance à 40-49 ans est de 6,4 enfants par femme. Ce résultat est proche de l'ISF (6,3 enfants par femme), ce qui semble montrer que la fécondité a peu varié. Cependant, on note certaines disparités

selon les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées. En effet, on constate que c'est en milieu urbain, dans la ville province de Kinshasa et parmi les femmes de niveau secondaire ou supérieur que la descendance est nettement supérieure à l'ISF. Cette situation pourrait être le signe d'un déclin manifeste de la fécondité chez les femmes résidant en ville, à Kinshasa et chez les plus instruites. Par contre, chez les femmes de la province Orientale, celles du Kasaï Occidental et chez les femmes sans instruction, on observe la tendance inverse.

Tableau 4.3 Tendance de la fécondité par âge

Taux de fécondité par âge par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, selon l'âge de la mère au moment de la naissance de l'enfant, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

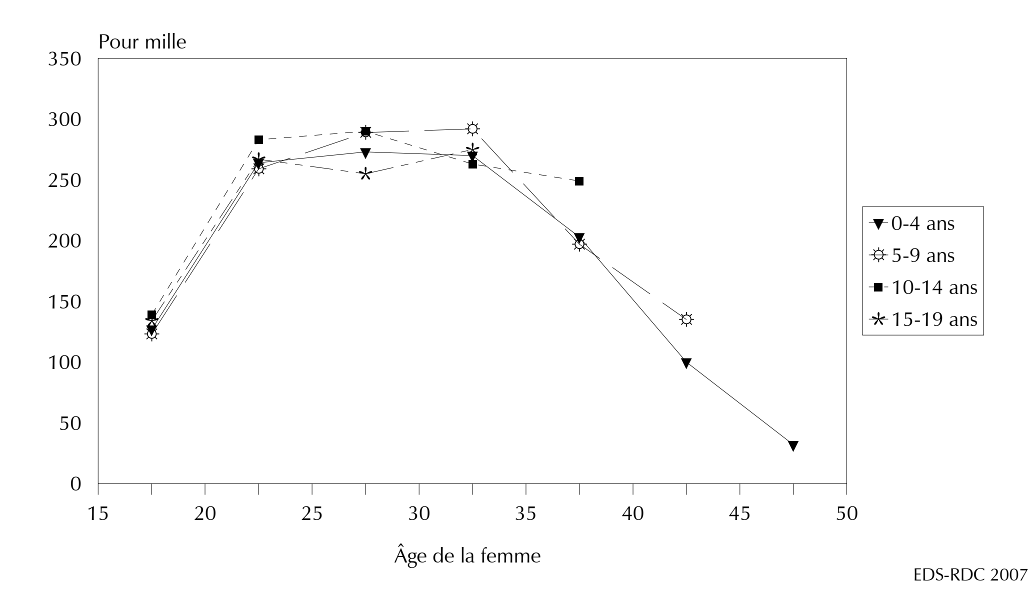
Groupe d'âges	Nombre d'années précédant l'enquête 0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	127	123	139	134
20-24	264	259	283	267
25-29	273	289	290	255
30-34	270	292	263	[275]
35-39	203	197	[249]	-
40-44	100	[135]	-	-
45-49	[32]	-	-	-

Note : Les taux de fécondité par groupe d'âges sont exprimés pour 1 000 femmes. Les taux entre crochets sont calculés sur la base de données incomplètes. Les taux excluent le mois de l'interview.

4.2 TENDANCES DE LA FÉCONDITÉ

Les données collectées lors de l'EDS-RDC permettent de retracer les tendances passées de la fécondité à partir des taux de fécondité par groupe d'âges des femmes, cela aux différentes périodes quinquennales précédant l'enquête (tableau 4.3 et graphique 4.2). On peut relever une certaine similarité dans l'allure des courbes retraçant les tendances de la fécondité chez les femmes âgées de moins de 24 ans. On observe, en effet, pour les groupes d'âges 15-24 ans, une diminution des taux des périodes les plus anciennes aux plus récentes. Pour les groupes d'âges 25-34 ans, on constate certaines fluctuations des taux par âge qui sont peut-être dues à des transferts entre groupe d'âges ou entre périodes.

***Graphique 4.2* Taux de fécondité par âge par période de cinq ans ayant précédé l'enquête**



Si l'on fait le cumul des taux de fécondité jusqu'à 35 ans, on observe que la fécondité serait restée relativement stable au cours des 20 dernières années. L'ISF des femmes de 35 ans est de 4,7 enfants pour les périodes 15-19 ans et 0-4 ans avant l'enquête. Pour les périodes intermédiaires (soit 10-14 ans et 5-9 ans avant l'enquête), ce nombre moyen d'enfants par femme est respectivement de 4,9 et 4,8.

4.3 Parité Moyenne et Stérilité Primaire

À partir des informations sur le nombre total d'enfants que les femmes ont eus au cours de leur vie féconde, on a calculé les parités moyennes par groupe d'âges pour l'ensemble des femmes d'une part et les femmes actuellement en union d'autre part. Ces informations sont présentées au tableau 4.4.

Pour l'ensemble des femmes, les parités augmentent de façon régulière avec l'âge : de 0,3 enfant en moyenne à 15-19 ans, la parité passe à 1,3 enfant à 20-24 ans et à 6,6 enfants à 45-49 ans, en fin de vie féconde. Par ailleurs, la répartition des femmes selon le nombre de naissances met en évidence une fécondité précoce relativement élevée puisque 19 % des jeunes filles de moins de 20 ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant. Près d'un quart (23 %) des femmes du groupe d'âges de 20-24 ans ont déjà donné naissance à deux enfants. Enfin, à 45-49 ans, en fin de vie féconde, une femme sur cinq (20 %) a donné naissance à 10 enfants ou plus.

Tableau 4.4 Enfants nés vivants et enfants survivants des femmes

Répartition (en %) de toutes les femmes et de celles actuellement en union par nombre d'enfants nés vivants, nombre moyen d'enfants nés vivants et nombre moyen d'enfants survivants, selon le groupe d'âges des femmes, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Nombre d'enfants nés vivants											Total	Effectif de femmes	Nombre moyen d'enfants nés vivants	Nombre moyen d'enfants encore en vie
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
ENSEMBLE DES FEMMES															
15-19	81,4	13,6	3,9	0,8	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	2 030	0,25	0,22
20-24	30,9	30,5	22,6	11,5	3,2	1,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	100,0	2 274	1,30	1,12
25-29	15,2	12,2	18,7	23,3	14,7	10,5	3,5	1,2	0,4	0,2	0,1	100,0	1 655	2,66	2,30
30-34	6,2	7,2	9,6	12,1	19,2	17,4	13,9	8,8	3,3	1,3	1,2	100,0	1 344	4,21	3,57
35-39	4,9	3,8	4,9	9,2	11,1	13,5	15,6	13,7	9,9	7,2	6,2	100,0	1 044	5,52	4,59
40-44	3,5	3,5	4,2	8,1	6,2	11,7	15,4	14,3	11,5	9,1	12,6	100,0	909	6,20	5,01
45-49	3,4	2,9	4,9	5,2	7,8	10,7	12,9	11,3	12,3	9,0	19,5	100,0	739	6,63	5,29
Ensemble	28,0	13,6	11,6	10,3	8,1	7,6	6,5	5,0	3,5	2,4	3,4	100,0	9 995	2,98	2,48
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION															
15-19	35,5	44,5	16,0	3,0	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	457	0,90	0,78
20-24	11,1	35,5	30,6	16,4	4,6	1,4	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	100,0	1 484	1,75	1,50
25-29	8,0	10,5	19,7	26,5	16,6	12,2	4,2	1,5	0,5	0,2	0,1	100,0	1 330	3,00	2,59
30-34	2,9	5,7	9,1	12,0	19,7	19,0	14,9	10,0	3,8	1,4	1,3	100,0	1 160	4,50	3,80
35-39	2,8	3,0	4,6	9,7	9,9	13,6	15,7	14,4	10,9	8,4	7,1	100,0	892	5,81	4,88
40-44	3,4	3,0	4,1	7,4	4,8	11,1	14,5	14,4	12,3	10,2	15,0	100,0	734	6,46	5,24
45-49	0,9	2,8	3,9	5,3	8,1	11,3	11,8	11,9	12,3	9,6	22,1	100,0	567	6,95	5,50
Ensemble	7,9	15,1	14,9	13,9	10,4	10,2	8,2	6,6	4,7	3,4	4,8	100,0	6 622	3,94	3,29

Les résultats concernant les femmes actuellement en union ne sont guère différents de ceux relatifs à l'ensemble des femmes, sauf aux jeunes âges. En effet, on constate qu'à 15-19 ans, près des deux tiers (65 %) ont déjà au moins un enfant contre seulement 19 % parmi l'ensemble des femmes. À 20-24 ans, plus de la moitié des femmes en union (54 %) ont déjà eu au moins deux enfants contre 39 % parmi l'ensemble des femmes. Par contre, à partir de 30-34 ans, âges auxquels la proportion de femmes qui ne sont pas en union est déjà faible, on ne constate pratiquement pas d'écart. En fin de vie féconde (45-49 ans), la parité des femmes en union (6,9 enfants) n'est pas très différente de celle de l'ensemble des femmes (6,6 enfants).

D'une manière générale, les femmes qui restent volontairement sans enfant sont relativement rares en RDC où la population garde encore des comportements pronatalistes. En conséquence, la parité zéro des femmes actuellement en union et âgées de 35-39 ans, âges auxquels la probabilité d'avoir un premier enfant devient très faible, permet d'estimer le niveau de la stérilité totale ou primaire. Parmi ces femmes, environ 3 % n'ont jamais eu d'enfants.

4.4 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

L'intervalle de temps qui sépare la naissance d'un enfant de la naissance précédente a une influence sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Son étude revêt une importance certaine dans l'analyse de la fécondité. Il est admis que les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) sont nuisibles à la santé et à l'état nutritionnel des enfants et augmentent leur risque de décéder. Les naissances trop rapprochées amoindrissent la capacité physiologique de la femme et, de ce fait, elles exposent la mère aux complications durant et après la grossesse (fausses couches, éclampsie). Le tableau 4.5 présente la répartition des naissances des cinq années ayant précédé l'enquête selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

On constate que 11 % des naissances sont survenues à moins de 18 mois après la naissance précédente et que 15 % des enfants sont nés entre 18 et 24 mois après leur aîné. Au total, dans 26 % des cas, l'intervalle intergénésique est inférieur à deux ans (tableau 4.5). Néanmoins, une forte proportion des naissances (39 %) se produisent entre 2 et 3 ans après la naissance précédente, et 35 % des enfants sont nés trois ans ou plus après leur aîné. La durée médiane de l'intervalle intergénésique est légèrement supérieure à 2,5 ans (30,5 mois), ce qui signifie que la moitié des naissances ont lieu dans un intervalle de plus de 2,5 ans après la naissance précédente.

L'âge des mères influe sur la durée d'espacement des naissances. En effet, on remarque que les intervalles intergénésiques sont plus courts chez les jeunes femmes que chez les plus âgées : la médiane passe de 29,2 mois chez celles de 20-29 ans à 35,9 mois chez celles de 40-49 ans.

Selon le sexe de l'enfant, on n'observe pas de différence significative de l'intervalle intergénésique, la durée médiane de cet intervalle étant de 30,5 mois lorsque l'enfant précédent est un garçon et de 30,4 mois lorsque celui-ci est une fille. Du point de vue du rang de naissance, on ne constate pas non plus d'écart significatif entre les intervalles. Par contre, les naissances qui suivent des enfants décédés se produisent beaucoup plus rapidement que lorsque l'enfant précédent est toujours en vie : 47 % des naissances surviennent dans un intervalle inférieur à deux ans quand l'enfant précédent est décédé alors que, quand l'enfant précédent est encore en vie, cette proportion n'est que de 22 %.

Tableau 4.5 Intervalle intergénésique

Répartition (en %) des naissances, autres que les naissances de rang un, survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par nombre de mois écoulés depuis la naissance précédente, et nombre médian de mois depuis la naissance précédente selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Mois depuis la naissance précédente 7-17	18-23	24-35	36-47	48-59	60+	Total	Effectif de naissances qui ne sont pas de premier rang	Nombre médian de mois depuis la naissance précédente
Groupe d'âges									
15-19	13,9	23,1	45,7	12,7	4,4	0,1	100,0	121	26,7
20-29	12,0	16,0	42,1	19,3	6,3	4,2	100,0	3 159	29,2
30-39	10,1	14,2	38,9	20,1	8,0	8,8	100,0	2 971	31,5
40-49	8,3	14,3	27,9	21,3	11,2	17,0	100,0	874	35,9
Rang de naissance									
2-3	9,2	15,3	39,2	20,4	7,7	8,1	100,0	2 878	30,9
4-6	10,5	14,6	40,6	19,0	7,3	8,1	100,0	2 733	30,2
7+	14,2	16,0	36,2	19,9	7,8	5,9	100,0	1 514	29,8
Sexe de la naissance précédente									
Masculin	11,1	14,0	40,2	19,9	6,9	8,0	100,0	3 467	30,5
Féminin	10,5	16,3	38,1	19,6	8,2	7,3	100,0	3 658	30,4
Survie de la naissance précédente									
Vivant	8,0	14,3	40,9	20,6	8,2	8,1	100,0	6 053	31,4
Décédé	26,5	20,2	28,9	15,2	4,0	5,2	100,0	1 072	24,9
Milieu de résidence									
Urbain	10,4	14,6	38,1	18,4	8,9	9,7	100,0	2 727	31,0
Rural	11,0	15,5	39,7	20,6	6,8	6,4	100,0	4 398	30,2
Province									
Kinshasa	7,8	13,1	30,8	22,0	11,3	15,1	100,0	647	35,4
Bas-Congo	9,1	9,5	38,9	21,0	10,8	10,7	100,0	279	34,2
Bandundu	4,6	12,9	43,3	23,1	8,6	7,5	100,0	1 088	32,3
Équateur	9,7	16,0	37,8	19,8	8,0	8,7	100,0	914	30,0
Orientale	8,4	17,3	38,2	22,3	6,8	7,1	100,0	799	29,7
Nord-Kivu	11,2	18,1	41,9	17,4	6,0	5,4	100,0	293	29,3
Sud-Kivu	18,6	14,2	40,0	14,5	8,5	4,1	100,0	354	27,8
Maniema	12,1	14,6	37,0	20,7	5,8	9,8	100,0	244	31,3
Katanga	12,0	16,6	40,0	16,6	6,1	8,6	100,0	713	29,3
Kasaï Oriental	15,5	17,2	38,8	17,2	7,0	4,2	100,0	1 018	28,6
Kasaï Occidental	14,6	14,6	41,3	19,4	5,1	5,0	100,0	777	29,6
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	12,5	18,2	35,1	19,9	6,1	8,3	100,0	1 712	29,6
Primaire	10,3	14,5	41,2	19,3	7,7	7,0	100,0	3 074	30,6
Secondaire	10,2	13,8	39,5	20,3	8,3	8,0	100,0	2 294	31,1
Supérieur	5,2	19,7	31,0	16,2	18,6	9,3	100,0	45	35,1
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	10,2	16,0	39,5	20,0	6,6	7,6	100,0	1 495	30,4
Second	12,0	14,0	38,1	22,0	6,5	7,4	100,0	1 606	30,4
Moyen	9,2	15,0	41,4	19,7	8,1	6,6	100,0	1 484	30,8
Quatrième	12,2	15,8	40,8	17,4	7,9	5,9	100,0	1 472	29,5
Le plus riche	9,9	15,0	34,5	19,4	9,3	12,0	100,0	1 069	31,7
Ensemble	10,8	15,2	39,1	19,8	7,6	7,6	100,0	7 125	30,5

Note : Les naissances de rang 1 sont exclues. L'intervalle pour les naissances multiples est le nombre de mois écoulés depuis la grossesse précédente qui a abouti à une naissance vivante.

La longueur de l'intervalle intergénésique diffère légèrement selon le milieu de résidence des femmes. C'est en milieu rural qu'elle est la plus courte (30,2 mois) comparativement au milieu urbain (31,0 mois). Par contre, les résultats montrent que le niveau d'instruction de la mère influence de manière plus nette la durée de l'intervalle intergénésique : sa valeur médiane varie d'un minimum de 29,6 mois pour les naissances des femmes sans instruction à un maximum de 35,1 mois pour celles dont la mère a un niveau d'instruction supérieur. Concernant les provinces, on remarque des écarts importants. L'intervalle intergénésique varie d'un minimum de 27,8 mois dans la province du Sud-Kivu à un maximum de 35,4 mois dans celle de Kinshasa. D'autre part, selon l'indice de bien-être économique du ménage, on constate que dans les quatre premiers quintiles, les valeurs sont proches ; par contre, l'intervalle est relativement plus long dans le quintile le plus élevé (31,7).

4.5 ÂGE À LA PREMIÈRE NAISSANCE

De façon générale, l'âge auquel les femmes ont leur première naissance influence fortement leur descendance finale, surtout dans les populations où la pratique contraceptive est faible. Plus l'âge de la femme à la première naissance est précoce, plus la probabilité qu'elle ait un nombre d'enfants élevé est importante. Par ailleurs, un âge trop précoce peut aussi avoir des répercussions importantes sur la santé de la mère et constituer un facteur de risque de mortalité des enfants. En outre, les accouchements précoces peuvent constituer une cause d'abandon scolaire et un frein à l'amélioration du statut socio-économique de la femme. Le tableau 4.6 présente la répartition des femmes par âge à la première naissance selon le groupe d'âges au moment de l'enquête et l'âge médian à la première naissance. Ce dernier indicateur désigne l'âge auquel 50 % des femmes ont eu leur premier enfant.

Estimé à 20,0 ans dans l'ensemble, l'âge médian à la première naissance ne varie que très peu entre les générations (d'un minimum de 19,4 ans à un maximum de 20,2 ans) et aucune tendance nette ne se dégage permettant de conclure à un rajeunissement ou à un vieillissement de l'âge médian à la première naissance.

Tableau 4.6 Âge à la première naissance

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une première naissance avant d'atteindre certains âges exacts, pourcentage qui n'ont jamais eu d'enfant et âge médian à la première naissance selon l'âge actuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage ayant eu une naissance avant d'atteindre l'âge exact de :					Pourcentage n'ayant jamais eu de naissance	Effectif de femmes	Âge médian à la première naissance
Âge actuel	15	18	20	22	25			
15-19	2,9	na	na	na	na	81,4	2 030	a
20-24	4,0	23,3	48,3	na	na	30,9	2 274	a
25-29	4,3	26,1	47,5	65,6	80,9	15,2	1 655	20,2
30-34	5,8	28,1	49,9	68,5	83,5	6,2	1 344	20,0
35-39	5,9	29,7	52,1	67,8	83,4	4,9	1 044	19,8
40-44	6,8	29,7	50,3	66,7	81,7	3,5	909	20,0
45-49	10,4	38,8	52,9	66,9	80,1	3,4	739	19,4
20-49	5,5	27,7	49,5	na	na	14,4	7 965	20,0
25-49	6,2	29,5	50,0	67,0	82,0	7,8	5 691	20,0

na = Non applicable
a = Sans objet parce que moins de 50 % des femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges

Par ailleurs, l'âge à la première naissance présente de légères variations selon le niveau d'instruction, le statut socio-économique, le milieu et les provinces de résidence des femmes (tableau 4.7). En effet, de 19,9 ans en milieu rural, il s'établit à 20,2 ans en milieu urbain. En outre, il varie d'un minimum de 19,2 ans dans la province du Maniema à un maximum de 21,5 ans dans la ville province de Kinshasa. Selon le niveau d'instruction, on constate que cet âge médian varie entre 19,3 ans parmi les femmes de niveau primaire et 20,6 ans parmi celles ayant atteint le secondaire. Les résultats

selon l'indice de bien-être économique montrent que l'arrivée de la première naissance parmi les femmes des ménages du quintile le plus élevé est plus tardive (20,9 ans). Cependant, l'écart entre les quintiles reste faible puisque l'âge médian varie d'un maximum de 20,9 dans le plus riche à un minimum de 19,4 dans le quatrième quintile.

Tableau 4.7 Âge médian à la première naissance

Âge médian à la première naissance des femmes de 25-49 ans par âge actuel, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Groupe d'âges					Âge
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
Milieu de résidence						
Urbain	20,9	20,3	19,9	20,0	18,8	20,2
Rural	19,9	19,8	19,7	20,0	20,0	19,9
Province						
Kinshasa	23,0	21,5	21,8	20,5	18,8	21,5
Bas-Congo	20,4	19,6	20,0	19,7	(20,3)	20,0
Bandundu	21,0	20,7	18,7	20,5	18,9	20,4
Équateur	19,2	19,6	19,9	20,3	20,7	19,7
Orientale	19,1	19,1	19,6	20,9	20,3	19,6
Nord-Kivu	18,8	20,3	20,8	19,7	21,6	20,1
Sud-Kivu	20,5	20,4	19,4	20,4	20,2	20,2
Maniema	18,9	19,2	19,7	18,9	18,9	19,2
Katanga	20,4	19,8	19,2	19,3	17,8	19,5
Kasaï Oriental	19,5	19,4	20,1	18,6	20,3	19,4
Kasaï Occidental	19,7	19,6	19,6	19,0	19,9	19,6
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	19,7	19,8	19,8	20,0	20,1	19,8
Primaire	19,3	19,5	19,1	19,6	18,7	19,3
Secondaire	21,4	20,4	20,4	20,2	19,9	20,6
Supérieur	a	(26,8)	a	*	*	a
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	19,7	19,7	19,9	20,3	20,9	20,0
Second	20,3	20,2	19,7	19,5	19,2	19,9
Moyen	20,0	19,4	19,2	20,4	18,8	19,7
Quatrième	19,4	19,2	19,7	19,1	19,7	19,4
Le plus riche	22,4	20,8	20,9	20,2	18,6	20,9
Ensemble	20,2	20,0	19,8	20,0	19,4	20,0

a = Sans objet parce que moins de 50 % des femmes ont eu une naissance avant d'atteindre le début du groupe d'âges
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

4.6 FÉCONDITÉ DES ADOLESCENTES

Les adolescentes de 15-19 ans courent des risques plus élevés de décès durant la grossesse ou l'accouchement que les femmes âgées de 25-29 ans. De plus, les enfants nés de mères très jeunes courent des risques élevés de morbidité et de mortalité. Conscient de cette situation et du rôle de la fécondité des adolescentes dans la transition démographique, le Gouvernement de la République Démocratique du Congo, en collaboration avec l'UNFPA, a décidé de soutenir la planification familiale et intensifié les activités de sensibilisation en direction des adolescentes.

Le tableau 4.8 présente les pourcentages par âge détaillé entre 15 et 19 ans, des adolescentes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de celles qui sont enceintes d'un premier enfant, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En considérant que la somme de ces deux pourcentages fournit la proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde, on constate que près d'un quart des adolescentes (24 %) ont déjà commencé leur vie féconde : près de 19 % ont déjà eu, au moins, un enfant et 5 % sont enceintes d'un premier enfant.

Les proportions d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde augmentent rapidement avec l'âge, passant de 6 % à 15 ans à 47 % à 19 ans, âge auquel 42 % des jeunes filles ont déjà eu, au moins, un enfant (graphique 4.3).

Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est plus élevé en milieu rural (28 %) qu'en milieu urbain (20 %). Il est plus élevé dans les provinces Orientale (46 %), du Maniema (35 %), du Kasaï Occidental (30%) et de l'Équateur (30 %). Par contre, la ville province de Kinshasa (12 %) et le Bandundu (13 %) enregistrent les plus faibles proportions d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde.

Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde diminue considérablement avec l'augmentation du niveau d'instruction passant de 39 % parmi les non instruites à 14 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire. De même, cette proportion diminue considérablement avec l'augmentation du niveau de bien-être économique des ménages, passant de 34 % chez les adolescentes des ménages du second quintile à 12 % chez celles des ménages les plus riches.

Graphique 4.3 **Proportion d'adolescentes ayant commencé leur vie féconde**

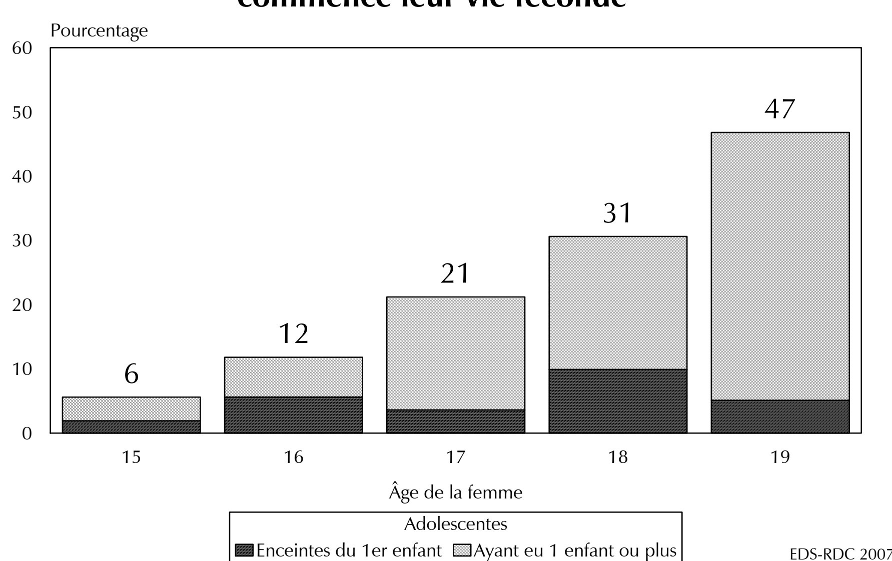


Tableau 4.8 Grossesse et fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu un enfant ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie féconde, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui : Ont eu une naissance vivante	Pourcentage qui : Sont enceintes d'un premier enfant	Pourcentage ayant déjà commencé leur vie féconde	Effectif de femmes
Âge				
15	3,7	1,9	5,7	376
16	6,2	5,6	11,8	428
17	17,6	3,6	21,2	392
18	20,7	9,9	30,5	383
19	41,7	5,1	46,8	451
Milieu de résidence				
Urbain	15,4	4,1	19,5	1 054
Rural	22,0	6,4	28,4	976
Province				
Kinshasa	8,4	3,6	12,1	366
Bas-Congo	18,9	6,7	25,6	77
Bandundu	11,4	1,9	13,3	288
Équateur	23,4	6,2	29,7	243
Orientale	35,4	10,5	45,9	175
Nord-Kivu	21,6	2,0	23,7	86
Sud-Kivu	17,9	9,0	26,9	104
Maniema	27,7	7,4	35,2	66
Katanga	19,0	7,1	26,1	217
Kasaï Oriental	17,0	4,3	21,2	256
Kasaï Occidental	25,8	4,2	30,0	152
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	31,9	7,3	39,1	276
Primaire	22,9	6,7	29,5	839
Secondaire	10,8	3,3	14,1	896
Supérieur	*	*	*	19
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	20,4	8,3	28,6	303
Second	28,6	5,2	33,8	324
Moyen	19,2	7,3	26,5	394
Quatrième	22,7	4,3	27,0	429
Le plus riche	8,5	3,0	11,5	581
Ensemble	18,6	5,2	23,8	2 030

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

PLANIFICATION FAMILIALE 5

Depuis les années 1970, le Congo se caractérise par un des taux de croissance les plus élevés au monde (plus de 3 %), ce qui constitue une contrainte majeure pour son développement. Malgré les efforts fournis par le pays au cours de ces dernières années pour améliorer les conditions de vie des populations, l'importance de l'écart entre l'accroissement de la population et la croissance économique laisse la plupart des ménages dans une grande pauvreté. Les pouvoirs publics ont donc pris conscience des liens étroits entre le niveau de la fécondité, composante majeure de l'évolution de cette croissance, et le développement socio-économique. Dans les différents projets du document de la Déclaration de politique nationale de population adoptée depuis les années 1980 et dont la dernière version date de 2007 (mais non encore adoptée par le gouvernement), la maîtrise de la fécondité et, en corollaire, la planification familiale désignée sous le vocable de « naissances désirables » est devenue une nécessité. En l'absence d'une adoption officielle de cette Déclaration, les activités de planification familiale sont néanmoins menées dans le cadre du Programme National de Santé de la Reproduction et intégrées au sein des centres de santé qui font partie de la pyramide du système national de santé. À cet effet, les résultats de l'EDS-RDC s'avèrent d'une extrême utilité en ce qu'ils viennent combler le manque de données sur certains aspects de la planification familiale au niveau national.

Ce chapitre présente les résultats concernant la planification familiale. Plus précisément, les résultats portent sur la connaissance des méthodes, les attitudes et la pratique en matière d'utilisation contraceptive. Les questions ont été essentiellement posées aux femmes. Cependant, étant donné l'importance du rôle des hommes dans la réalisation des objectifs concernant la santé de la reproduction et la prise de décision en matière de planification familiale, des questions sur la connaissance des différentes méthodes et sur l'exposition aux messages sur la planification familiale ont été posées aux hommes. Globalement, les données collectées par l'EDS-RDC 2007 permettent d'aborder les sujets suivants :

- connaissance et pratique actuelle et passée de la contraception ;
- connaissance de la période féconde ;
- sources d'approvisionnement en contraceptifs ;
- utilisation future de la contraception ;
- sources d'information sur la contraception.

5.1 CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

La connaissance des méthodes contraceptives ainsi que le lieu où l'on peut se procurer une méthode constituent une étape importante de l'accès et de l'utilisation contraceptive de manière efficace. Au cours de l'EDS-RDC, les informations sur la connaissance des méthodes contraceptives ont été collectées de deux façons. Après avoir informé la personne enquêtée de l'existence des méthodes ou des moyens qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse, l'enquêteur lui posait la question suivante : *De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ?* D'abord, les méthodes spontanément citées par l'enquêté étaient enregistrées. Ensuite, pour toutes les méthodes non citées parmi celles figurant dans le questionnaire, l'enquêteur devait lire la brève description et enregistrer si, oui ou non, l'enquêté en avait entendu parler. On considère qu'un homme ou une femme connaît une méthode contraceptive si il/elle l'a citée spontanément ou si il/elle a déclaré la connaître après que la description lui ait été faite par l'enquêteur.

Les différentes méthodes retenues dans le questionnaire peuvent être classées en trois catégories :

- **les méthodes modernes** qui regroupent la stérilisation féminine et masculine, la pilule, le DIU (dispositif intra-utérin) ou stérilet, les injectables, les implants, le condom masculin et féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousse et gelée) et la pilule du lendemain ;

- **les méthodes traditionnelles** qui incluent la continence périodique et le retrait ;

- **les méthodes dites « populaires »** qui comprennent les herbes, les gris-gris notamment la corde aux hanches, les tisanes, les sauts après les rapports sexuels et autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

Les résultats du tableau 5.1 présentent le niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon la méthode parmi l'ensemble des femmes et des hommes, les femmes et les hommes actuellement en union et les femmes et les hommes non en union mais sexuellement actifs.

Les données montrent qu'un peu plus de huit femmes sur dix (82 %) connaissent au moins une méthode contraceptive. Les femmes en union, qui constituent la grande majorité des femmes ne se différencient pas sur le plan de la connaissance des méthodes contraceptives de l'ensemble des femmes (82 % contre 84 %) ; par contre, par rapport aux femmes non en union et sexuellement actives (90 %), l'écart de niveau de connaissance est plus important. En ce qui concerne les méthodes modernes, on note qu'environ les trois-quarts des femmes ont déclaré en connaître au moins une (76 %). Ce sont les méthodes traditionnelles qui sont les moins fréquemment connues puisque un peu plus des deux tiers des femmes ont déclaré en connaître une (69 %). Les résultats en fonction de la méthode montrent que parmi les méthodes modernes, quatre méthodes ont été plus fréquemment citées que les autres. Il s'agit par ordre d'importance du condom masculin (68 %), de la stérilisation féminine et de la pilule (41 % dans les deux cas) et des injectables (39 %). Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique et le retrait sont connus respectivement par 62 % et 46 % des femmes. Par ailleurs, on constate que les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives connaissent mieux les méthodes, qu'elles soient modernes ou traditionnelles (respectivement 87 % et 79 %). En particulier, dans cette catégorie, 81 % des femmes ont déclaré connaître le condom masculin. Par comparaison, cette proportion n'est que de 67 % parmi les femmes en union.

Chez les hommes, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est nettement plus élevé que chez les femmes, cela quel que soit le type de méthode. En effet, 89 % de l'ensemble des hommes ont déclaré connaître une méthode. Chez les hommes qui ne sont pas en union mais qui sont sexuellement actifs, cette proportion est de 91 % et c'est chez ceux qui sont en union que cette proportion est la plus élevée (94 %). Si l'on considère séparément chaque méthode, on constate que, comme chez les femmes, les méthodes modernes les plus fréquemment citées par les hommes sont le condom masculin (85 %), la stérilisation féminine (40 %), la pilule (36 %) et les injectables (33 %). Il faut cependant souligner que la proportion d'hommes qui ont cité le condom masculin est nettement plus élevée que celle observée chez les femmes (85 % contre 68 % pour l'ensemble). En outre, comme chez les femmes, une proportion élevée d'hommes ont déclaré connaître la continence périodique et le retrait (respectivement 63 % et 57 %).

En ce qui concerne le nombre moyen de méthodes contraceptives connues, on note des écarts peu importants chez les femmes, ce nombre variant de 4,0 chez les femmes en union à 4,2 chez celles qui ne sont pas en union mais sexuellement actives. L'écart est plus important chez les hommes puisque les hommes non en union et sexuellement actifs connaissent, en moyenne, 3,7 méthodes contre 4,9 chez ceux qui sont en union.

Tableau 5.1 Connaissance des méthodes contraceptives

Pourcentage d'hommes et de femmes de 15-49 ans, d'hommes et de femmes actuellement en union et d'hommes et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actifs qui connaissent une méthode contraceptive, selon la méthode, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes			Hommes		
Méthode	Ensemble des femmes	Femmes actuellement en union	Femmes non en union et sexuellement actives[1]	Ensemble des hommes	Hommes actuellement en union	Hommes non en union et sexuellement actifs[1]
N'importe quelle méthode	82,4	84,2	89,6	89,1	93,9	91,4
Une méthode moderne	76,3	76,7	87,3	86,9	90,9	90,0
Stérilisation féminine	41,2	43,9	40,7	40,1	50,3	30,3
Stérilisation masculine	12,5	13,9	10,2	22,8	28,4	20,6
Pilule	41,1	43,9	40,9	35,9	45,1	26,0
DIU	13,6	15,0	14,9	11,5	15,9	4,8
Injectables	38,5	41,7	39,6	33,1	42,4	24,5
Implants	5,1	6,0	3,6	5,7	6,9	4,1
Condom masculin	67,9	67,3	80,6	84,9	88,7	89,1
Condom féminin	20,4	19,5	27,5	25,8	27,7	27,9
Diaphragme	4,5	4,5	3,8	6,4	8,0	5,2
Mousse/gelée	8,3	9,1	10,1	10,7	12,9	9,2
Pilule du lendemain	11,2	11,4	11,8	12,1	13,9	9,0
Une méthode traditionnelle	68,9	72,6	79,0	71,3	84,4	68,7
Continence périodique	61,7	64,3	72,5	62,6	75,1	59,7
Retrait	45,9	49,8	54,4	56,6	66,8	57,1
Méthodes populaires	9,1	9,5	13,4	5,0	6,4	4,7
Nombre moyen de méthodes connues par les enquêtés de 15-49	3,8	4,0	4,2	4,1	4,9	3,7
Effectif d'enquêtés	9 995	6 622	653	4 316	2 279	591
Nombre moyen de méthodes connues par les hommes de 15-59	na	na	na	4,2	4,9	3,7
Effectif d'hommes de 15-59	na	na	na	4 757	2 687	592

[1] A eu des rapports sexuels au cours du mois ayant précédé l'enquête

Le tableau 5.2 présente le niveau de connaissance des méthodes contraceptives selon certaines caractéristiques sociodémographiques des enquêtés actuellement en union. En fonction de l'âge, on ne note pas chez les femmes, de variations importantes. Quel que soit le groupe d'âges, près de huit femmes en union sur dix connaissent au moins une méthode contraceptive. C'est parmi les jeunes filles de 15-19 ans que la proportion de celles qui connaissent une méthode quelconque est la plus faible (75 %). Chez les hommes en union, les variations ne sont pas non plus très importantes puisque à l'exception du groupe d'âges 20-24 ans (89 %), plus de neuf hommes sur dix connaissent au moins une méthode quelconque. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, c'est dans le groupe 35-39 ans que la connaissance d'au moins une méthode est la plus élevée (respectivement 88 % et 96 %). Si l'on se limite aux méthodes modernes, on observe des variations similaires : chez les femmes en union, la proportion de celles qui connaissent au moins une méthode moderne varie d'un minimum de 69 % à 15-19 ans à 82 % à 35-39 ans. Chez les hommes en union, c'est parmi ceux de 25-29 ans que la proportion de ceux qui connaissent au moins une méthode moderne est la plus élevée (95 %) et parmi ceux de 20-24 ans qu'elle est la plus faible (87 %).

Tableau 5.2 Connaissance des méthodes contraceptives par caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans, actuellement en union, qui connaissent, au moins, une méthode contraceptive et pourcentage qui connaissent au moins une méthode moderne, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Effectif de femmes	Connaît une méthode	Connaît une méthode moderne[1]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-19	74,5	69,0	457	(91,5)	(91,5)	39
20-24	81,4	74,9	1 484	88,5	87,0	231
25-29	86,9	79,0	1 330	96,4	94,8	403
30-34	85,8	80,4	1 160	94,5	92,5	469
35-39	87,9	81,7	892	96,2	92,1	444
40-44	86,6	76,3	734	91,2	88,1	364
45-49	80,5	67,1	567	94,6	87,9	330
Milieu de résidence						
Urbain	91,1	87,3	2 669	96,2	94,5	904
Rural	79,5	69,5	3 954	92,6	88,5	1 375
Province						
Kinshasa	99,7	99,0	737	99,6	99,3	241
Bas-Congo	91,9	86,6	259	98,8	94,5	96
Bandundu	94,3	86,5	971	98,1	96,4	296
Équateur	78,0	69,9	866	91,8	89,2	323
Orientale	69,9	62,8	837	88,2	83,8	295
Nord-Kivu	92,7	89,9	232	95,7	95,5	74
Sud-Kivu	88,3	86,2	271	92,4	92,2	85
Maniema	83,8	73,5	243	93,5	87,7	81
Katanga	83,0	73,5	710	96,0	90,8	282
Kasaï Oriental	79,7	72,9	811	91,0	89,0	279
Kasaï Occidental	77,7	61,2	686	92,9	86,4	229
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	70,2	57,8	1 592	85,2	76,5	119
Primaire	82,3	73,9	2 747	88,8	82,9	672
Secondaire	96,0	92,9	2 183	96,7	95,2	1 331
Supérieur	100,0	100,0	100	99,7	99,3	158
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	78,6	67,0	1 262	89,7	85,3	444
Second	76,3	67,1	1 473	89,4	84,5	475
Moyen	81,1	72,3	1 468	94,8	91,2	555
Quatrième	90,0	84,4	1 289	97,5	96,3	422
Le plus riche	98,0	96,8	1 129	99,7	98,8	383
Ensemble 15-49 ans	84,2	76,7	6 622	94,0	90,9	2 279
Hommes 50-59 ans	na	na	na	88,5	82,9	408
Ensemble 15-59 ans	na	na	na	93,2	89,7	2 687

[1] Stérilisation féminine, stérilisation masculine, pilule, DIU, injections, implants, condom masculin, condom féminin, diaphragme, mousse/gelée et la pilule du lendemain
na = Non applicable
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître un niveau de connaissance plus élevé en milieu urbain que rural, cela que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Cependant, l'écart de niveau de connaissance est plus important chez les femmes que chez les hommes. Dans les provinces, on note également des variations. À Kinshasa, pratiquement tous les hommes et toutes les femmes connaissent une méthode, quelconque et moderne. À l'opposé, c'est dans la province Orientale que le niveau de connaissance est le plus faible, aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Notons chez les femmes un faible niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes dans la province du Kasaï Occidental (61 %). L'examen des résultats selon le niveau d'instruction met en évidence une augmentation des proportions de femmes et d'hommes qui connaissent au moins une méthode avec l'amélioration du niveau d'instruction, traduisant ainsi l'influence positive de l'instruction sur le niveau de connaissance des méthodes contraceptives. De 100 % parmi les femmes et les hommes en union qui ont un niveau d'instruction supérieur, la proportion diminue pour atteindre un minimum de 70 % chez les

femmes et 85 % chez les hommes en union qui n'ont aucune instruction. Pour les méthodes modernes, ces proportions varient de 100 % parmi les femmes ayant un niveau supérieur à 58 % parmi celles sans instruction ; chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 99 % et 77 %.

En outre, le tableau révèle que la connaissance des méthodes contraceptives est influencée par le niveau socio-économique du ménage des personnes enquêtées, variant, pour les méthodes modernes, de 97 % chez les femmes du quintile le plus riche à 67 % chez celles du plus pauvre. Chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 99 % et 85 %.

5.2 UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À UN MOMENT QUELCONQUE

L'évaluation des programmes de planification familiale porte sur trois facteurs : la demande, l'offre et l'utilisation des services de planification familiale. Dans le but d'estimer le niveau d'utilisation contraceptive, l'EDS-RDC a demandé aux personnes ayant déclaré connaître une méthode contraceptive si elles avaient déjà utilisé cette méthode. Ces informations permettent de mesurer le niveau de pratique de la contraception à un moment quelconque de la vie des enquêtés.

Le tableau 5.3 présente les résultats concernant la pratique contraceptive passée pour l'ensemble des femmes et pour deux groupes de femmes : les femmes actuellement en union et les femmes non en union et sexuellement actives. Les données indiquent que la moitié des femmes ont déjà utilisé, au moins une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie (49 %). Avec une proportion de 19 % pour les méthodes modernes contre 45 % pour les méthodes traditionnelles, ces dernières ont été les plus utilisées. Parmi les méthodes modernes, ce sont le condom masculin (15 %), la pilule (4 %) et les injectables (1 %) qui ont été les plus utilisés. Par ailleurs, la continence périodique (38 %) a été la méthode traditionnelle la plus fréquemment utilisée dans le passé, suivie du retrait (23 %).

C'est parmi les femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives que la pratique contraceptive à un moment quelconque a été la plus fréquente (69 % contre 54 % pour les femmes en union). Cette différence de niveau provient, en grande partie, d'une utilisation plus fréquente du condom masculin par cette catégorie de femmes (37 % contre 14 % chez les femmes en union et 15 % pour l'ensemble des femmes). Cependant, parmi ces femmes, 63 % ont déclaré avoir utilisé dans le passé une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique (55 %). Parmi les femmes en union, plus d'une sur deux a déclaré avoir déjà utilisé une méthode contraceptive (54 %). Les méthodes modernes ont été très peu utilisées, à l'exception du condom (14 %). Comme les femmes qui ne sont pas en union, les femmes actuellement en union ont eu plus fréquemment recours à une méthode traditionnelle (49 %) et dans 41 % des cas, elles ont utilisé la continence périodique.

Tableau 5.3 Utilisation de la contraception à un moment quelconque

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, de femmes actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, par méthode, selon le groupe d'âges, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

			Méthode moderne												Méthode traditionnelle			
Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injectables	Implants	Condom masculin	Condom féminin	Diaphragme	Mousse/ gelée	Pilule du lendemain	Une méthode traditionnelle	Continence périodique	Retrait	Méthode populaire	Effectif de femmes
ENSEMBLE DES FEMMES																		
15-19	27,9	11,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	0,0	10,1	0,3	0,0	0,2	0,6	25,1	21,6	10,9	2,9	2 030
20-24	50,5	21,3	0,2	0,1	1,8	0,0	0,5	0,0	18,9	0,4	0,1	0,3	1,7	46,6	40,2	23,7	4,6	2 274
25-29	61,0	25,0	0,2	0,0	3,7	0,1	1,6	0,0	21,3	0,7	0,0	0,5	1,3	56,6	47,4	28,7	5,0	1 655
30-34	56,6	22,8	0,7	0,0	4,1	0,4	1,5	0,1	17,9	0,7	0,0	0,5	0,8	52,6	43,0	29,7	4,4	1 344
35-39	55,4	22,5	1,2	0,0	6,7	1,2	3,1	0,0	14,6	0,6	0,4	0,8	0,8	50,1	43,4	25,9	4,0	1 044
40-44	52,0	19,1	1,4	0,1	7,4	0,6	2,2	0,1	10,3	0,1	0,1	0,7	1,6	46,7	38,5	20,4	3,3	909
45-49	47,2	13,4	1,8	0,1	5,1	0,6	2,5	0,1	7,4	0,0	0,1	0,6	0,4	44,5	36,7	24,3	5,7	739
Ensemble	48,9	19,4	0,6	0,0	3,5	0,3	1,4	0,0	15,3	0,4	0,1	0,4	1,1	44,9	37,9	22,7	4,2	9 995
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																		
15-19	43,5	16,1	0,0	0,0	1,6	0,0	1,2	0,0	13,9	0,6	0,0	0,0	1,2	38,9	32,6	23,4	3,7	457
20-24	50,8	17,0	0,3	0,1	2,2	0,0	0,6	0,0	14,0	0,3	0,0	0,2	1,4	46,7	40,0	24,8	3,6	1 484
25-29	58,9	21,9	0,2	0,0	3,7	0,2	1,4	0,0	18,2	0,8	0,0	0,5	1,3	54,7	45,1	27,3	4,0	1 330
30-34	55,4	21,2	0,8	0,0	3,8	0,3	1,3	0,2	16,9	0,4	0,0	0,5	0,8	51,9	42,0	30,2	4,3	1 160
35-39	56,1	22,8	1,4	0,0	6,8	1,5	3,4	0,1	14,3	0,7	0,5	0,7	0,8	50,4	43,2	26,1	4,0	892
40-44	53,3	18,5	1,6	0,0	7,7	0,7	2,2	0,0	9,5	0,0	0,1	0,5	1,2	48,1	39,7	20,4	3,5	734
45-49	49,1	12,3	2,1	0,1	3,2	0,4	1,9	0,1	7,5	0,0	0,2	0,3	0,2	46,3	38,0	24,2	6,9	567
Ensemble	53,6	19,2	0,8	0,0	4,0	0,4	1,6	0,0	14,3	0,4	0,1	0,4	1,1	49,3	41,1	25,8	4,1	6 622
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[1]																		
15-19	63,6	31,2	0,0	0,0	1,2	0,0	0,1	0,0	28,6	1,5	0,0	0,9	1,0	56,1	47,6	21,8	5,9	242
20-24	75,5	49,1	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4	0,0	47,6	0,4	0,0	0,0	2,9	73,1	64,5	35,7	10,6	200
25-29	78,2	51,9	0,0	0,0	1,7	0,0	3,9	0,0	47,4	0,9	0,0	0,6	0,0	70,4	66,1	43,3	11,5	98
30-34	(81,9)	(48,3)	(0,0)	(0,0)	(3,3)	(0,0)	(6,9)	(0,0)	(37,6)	(1,2)	(0,0)	(0,0)	(2,8)	(64,8)	(49,0)	(25,9)	(18,6)	44
35-49	51,5	17,4	0,0	0,0	7,8	0,0	0,3	0,0	15,6	0,0	0,0	1,9	1,5	48,8	45,5	23,0	0,0	69
Ensemble	69,4	39,5	0,0	0,0	1,9	0,0	1,2	0,0	36,5	0,9	0,0	0,6	1,6	63,3	55,4	29,7	8,4	653

[1] Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois ayant précédé l'enquête
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

5.3 UTILISATION ACTUELLE DE LA CONTRACEPTION

Le tableau 5.4 présente les proportions de femmes qui utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Si huit femmes sur dix ont déclaré connaître une méthode contraceptive et si la moitié a déclaré en avoir déjà utilisé une, seulement 20 % ont déclaré en utiliser une au moment de l'enquête.

La prévalence parmi les femmes en union (21 %) est pratiquement identique à celle de l'ensemble des femmes (20 %), résultat peu surprenant dans la mesure où les femmes en union constituent la grande majorité de l'ensemble des femmes. En revanche, les femmes non en union et sexuellement actives se différencient des autres femmes par une pratique plus élevée de la contraception. En effet, au moment de l'enquête, près de la moitié (48 %) ont déclaré avoir recours à une méthode de contraception dont 23 % une méthode moderne, essentiellement le condom masculin (21 %). La prévalence des méthodes modernes parmi les femmes en union est faible (6 %). Avec 3 % c'est le condom masculin qui est la méthode la plus fréquemment utilisée. La prévalence des méthodes traditionnelles est plus de deux fois plus élevée que la prévalence moderne (15 % contre 6 %). C'est essentiellement la continence périodique qui est utilisée (11 %).

5.4 Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée selon le groupe d'âges, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Une méthode quelconque	Une méthode moderne	Méthode moderne					Une méthode traditionnelle	Méthode traditionnelle			N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Pilule	Injectables	Condom masculin	Autres méthodes modernes		Continence périodique	Retrait	Méthode populaire			
ENSEMBLE DES FEMMES														
15-19	14,1	5,1	0,0	0,1	0,1	4,7	0,1	9,0	7,7	1,0	0,3	85,9	100,0	2 030
20-24	21,8	8,1	0,2	0,4	0,1	7,4	0,0	13,7	11,4	1,6	0,7	78,2	100,0	2 274
25-29	24,4	7,7	0,2	0,9	0,5	5,9	0,2	16,7	12,1	3,7	0,9	75,6	100,0	1 655
30-34	21,3	5,8	0,7	0,8	0,5	3,5	0,4	15,5	10,8	4,0	0,7	78,7	100,0	1 344
35-39	25,8	7,8	1,2	1,8	0,7	3,3	0,9	18,1	14,9	2,6	0,6	74,2	100,0	1 044
40-44	18,7	6,1	1,4	1,2	0,6	2,6	0,3	12,7	9,8	2,1	0,7	81,3	100,0	909
45-49	12,7	4,6	1,8	1,2	0,2	1,4	0,0	8,1	4,6	1,5	2,0	87,3	100,0	739
Ensemble	20,1	6,7	0,6	0,8	0,3	4,8	0,2	13,4	10,4	2,3	0,7	79,9	100,0	9 995
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION														
15-19	14,5	4,4	0,0	0,4	0,4	3,7	0,0	10,1	7,8	2,0	0,3	85,5	100,0	457
20-24	18,5	5,4	0,3	0,5	0,2	4,4	0,0	13,1	10,6	2,0	0,6	81,5	100,0	1 484
25-29	22,5	6,1	0,2	1,0	0,3	4,4	0,2	16,4	11,4	4,3	0,6	77,5	100,0	1 330
30-34	21,2	5,0	0,8	0,8	0,3	2,7	0,4	16,2	11,2	4,4	0,6	78,8	100,0	1 160
35-39	27,6	8,0	1,4	1,9	0,7	2,9	1,1	19,6	15,8	3,0	0,7	72,4	100,0	892
40-44	20,6	6,3	1,6	1,4	0,7	2,3	0,3	14,4	10,9	2,6	0,9	79,4	100,0	734
45-49	14,9	4,9	2,1	0,9	0,3	1,5	0,0	10,0	5,7	1,8	2,6	85,1	100,0	567
Ensemble	20,6	5,8	0,8	1,0	0,4	3,4	0,3	14,9	11,0	3,1	0,8	79,4	100,0	6 622
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES[1]														
15-19	46,3	23,0	0,0	0,4	0,1	21,6	1,0	23,3	18,5	4,3	0,4	53,7	100,0	242
20-24	54,3	25,5	0,0	0,5	0,0	25,0	0,0	28,8	27,3	0,0	1,5	45,7	100,0	200
25-29	55,9	25,9	0,0	0,0	2,7	23,2	0,0	30,0	23,8	3,0	3,2	44,1	100,0	98
30-34	(44,5)	(23,4)	(0,0)	(0,0)	(6,9)	(16,5)	(0,0)	(21,1)	(15,9)	(0,0)	(5,2)	(55,5)	(100,0)	44
35-49	22,7	10,6	0,0	0,8	0,0	9,8	0,0	12,2	12,2	0,0	0,0	77,3	100,0	69
Ensemble	47,5	22,9	0,0	0,4	0,9	21,3	0,4	24,6	21,2	2,1	1,4	52,5	100,0	653

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.
[1] Femmes ayant eu des rapports sexuels au cours du mois ayant précédé l'enquête
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

La prévalence varie de manière irrégulière selon l'âge. Chez les femmes en union, c'est dans le groupe d'âges 35-39 ans que la prévalence est la plus élevée (28 %). C'est également dans ce groupe d'âges que les méthodes modernes de contraception sont les plus fréquemment utilisées (8 %).

Le tableau 5.5 présente la prévalence contraceptive selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats ne portent que sur les femmes en union. On constate que c'est parmi les femmes du milieu urbain que la prévalence est la plus élevée. Quelle que soit le type de méthode, le taux d'utilisation contraceptive est nettement plus élevé en milieu urbain que rural : respectivement 27 % contre 16 % pour une méthode quelconque et 10 % contre 3 % pour une méthode moderne. Pour les méthodes traditionnelles, l'écart est moins important (17 % en urbain contre 13 % en rural).

La comparaison par province montre que l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives présente des disparités importantes. Comme pour la connaissance contraceptive, le niveau d'utilisation d'une méthode quelconque est plus élevé à Kinshasa (42 %), et dans la province du Bas-Congo (40 %) que dans les autres provinces. La province Kasaï Oriental et la province Orientale enregistrent les niveaux d'utilisation contraceptive les plus faibles (respectivement 11 % et 12 % pour une méthode quelconque). En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, on constate que c'est dans la province du Bas-Congo (29 %) et dans celle de Kinshasa (28 %) que le taux d'utilisation est le plus élevé (29 %) et à l'opposé, c'est dans celle de Sud-Kivu qu'il est le plus faible (4 %). L'utilisation actuelle des méthodes modernes par les femmes en union au moment de l'enquête dépasse plus de 10 % dans trois provinces seulement : Kinshasa (14 %), celles du Nord-Kivu (13 %) et du Bas-Congo (10 %). Hormis pour l'utilisation du condom masculin (2 %), c'est la province du Kasaï Oriental qui enregistre le niveau le plus faible pour toutes les méthodes modernes. Si l'on procède à un regroupement géographique des provinces, il apparaît que parmi les provinces de l'Ouest (comprenant Kinshasa, Bandundu et Bas-Congo), c'est celle de Kinshasa qui se caractérise par la prévalence la plus élevée quelle que soit la méthode, à l'exception de la pilule et du retrait, méthodes plus fréquemment utilisées dans la province du Bas-Congo. Dans les provinces de l'Est (Orientale, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema et Katanga), c'est dans le Nord-Kivu que l'on observe la prévalence la plus élevée (23 %). La prévalence pour les méthodes modernes y atteint 13 % et celle pour les méthodes traditionnelles 10 %. C'est dans la province du Katanga que les méthodes traditionnelles sont les plus utilisées (14 %). Dans les provinces du centre (Kasaï Occidental et Kasaï Oriental), on constate que le pourcentage d'utilisatrices d'une méthode quelconque est un peu plus élevée dans le Kasaï Occidental (14 %) que dans le Kasaï Oriental (11 %). Par contre, en ce qui concerne l'utilisation de méthodes modernes, il n'y pratiquement pas d'écart (2 % dans chaque cas).

Comme pour la connaissance d'une méthode, on constate que l'utilisation des méthodes contraceptives est influencée par le niveau d'instruction. De 12 % pour les femmes sans instruction, le niveau passe à 18 % chez celles de niveau primaire et à 29 % pour celles du niveau secondaire pour atteindre un maximum de 40 % chez celles du niveau supérieur. On observe la même tendance quelle que soit la méthode moderne et pour l'ensemble des méthodes traditionnelles. De même, l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives varie avec la parité atteinte. Le taux de prévalence est très faible chez les femmes sans enfant, et il augmente avec le nombre d'enfants vivants. L'écart de niveau d'utilisation chez les femmes en union varie de 20 % parmi celles ayant 1 à 2 enfants à 23 % parmi celles ayant 5 enfants ou plus. De même, le niveau d'utilisation de la contraception augmente avec le niveau de bien-être du ménage dans lequel vit la femme, qu'il s'agisse de méthodes modernes (passant de 3 % à 15 %) ou traditionnelles (passant de 12 % à 24 %).

5.5 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes actuellement en union de 15-49 ans par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique	Une méthode quel-conque	Une méthode moderne	Méthode moderne: Stérilisa-tion féminine	Pilule	Inject-ables	Condom masculin	Autres méthodes modernes	Une méthode tradition-nelle	Méthode traditionnelle: Conti-nence pério-dique	Retrait	Méthode populaire	N'utilise pas actuelle-ment	Total	Effectif de femmes
Milieu de résidence														
Urbain	27,0	9,5	0,8	2,0	0,7	5,4	0,6	17,4	13,5	3,1	0,8	73,0	100,0	2 669
Rural	16,4	3,3	0,8	0,3	0,2	2,0	0,1	13,1	9,3	3,1	0,8	83,6	100,0	3 954
Province														
Kinshasa	41,9	14,1	1,1	2,2	1,1	8,7	1,1	27,8	21,7	3,9	2,2	58,1	100,0	737
Bas-Congo	39,5	10,3	0,4	4,1	0,0	5,3	0,5	29,2	16,5	11,2	1,6	60,5	100,0	259
Bandundu	26,2	5,4	0,5	0,6	0,1	3,5	0,7	20,8	14,4	5,8	0,6	73,8	100,0	971
Équateur	16,0	3,0	0,6	0,4	0,3	1,7	0,0	13,0	8,6	3,3	1,1	84,0	100,0	866
Orientale	11,8	4,0	0,4	0,8	0,0	2,8	0,0	7,9	6,6	1,0	0,2	88,2	100,0	837
Nord-Kivu	23,2	13,2	5,6	2,0	2,4	3,1	0,2	10,0	8,3	0,4	1,3	76,8	100,0	232
Sud-Kivu	13,8	9,5	1,4	2,6	1,0	4,5	0,0	4,3	3,6	0,4	0,3	86,2	100,0	271
Maniema	17,3	6,1	0,8	0,7	0,9	3,7	0,1	11,2	5,2	4,9	1,1	82,7	100,0	243
Katanga	19,9	5,6	1,6	0,7	0,4	2,8	0,0	14,4	11,4	2,5	0,5	80,1	100,0	710
Kasaï Oriental	11,3	2,1	0,0	0,2	0,0	1,6	0,3	9,2	6,7	1,8	0,7	88,7	100,0	811
Kasaï Occidental	14,2	1,9	0,0	0,2	0,0	1,7	0,0	12,3	11,4	0,8	0,1	85,8	100,0	686
Niveau d'instruction														
Aucune instruction	11,8	2,5	0,6	0,2	0,2	1,4	0,1	9,3	6,8	1,4	1,1	88,2	100,0	1 592
Primaire	18,3	4,4	0,9	0,7	0,3	2,3	0,2	13,9	9,2	4,0	0,7	81,7	100,0	2 747
Secondaire	29,2	9,6	0,8	1,8	0,6	6,0	0,5	19,5	15,7	3,1	0,8	70,8	100,0	2 183
Supérieur	40,0	13,7	1,2	1,9	1,4	8,0	1,2	26,3	23,3	3,0	0,0	60,0	100,0	100
Nombre d'enfants vivants														
0	8,3	2,5	0,0	0,3	0,0	2,2	0,0	5,8	5,4	0,4	0,0	91,7	100,0	657
1-2	19,9	6,3	0,4	0,7	0,2	4,9	0,1	13,6	10,4	2,6	0,6	80,1	100,0	2 281
3-4	24,0	6,3	1,1	1,3	0,4	3,2	0,4	17,7	13,0	4,0	0,7	76,0	100,0	1 706
5+	22,7	5,8	1,2	1,2	0,7	2,2	0,6	16,9	11,7	3,7	1,4	77,3	100,0	1 978
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	14,3	2,8	1,0	0,0	0,1	1,6	0,1	11,5	7,8	3,2	0,4	85,7	100,0	1 262
Second	15,1	2,6	0,6	0,4	0,4	1,2	0,0	12,5	9,4	2,4	0,8	84,9	100,0	1 473
Moyen	16,6	3,6	0,4	0,8	0,1	1,9	0,5	13,0	8,2	4,0	0,8	83,4	100,0	1 468
Quatrième	22,2	7,0	0,7	0,6	0,5	5,2	0,0	15,2	11,4	2,9	0,9	77,8	100,0	1 289
Le plus riche	38,6	14,9	1,4	3,4	1,1	8,1	1,0	23,7	19,6	2,8	1,3	61,4	100,0	1 129
Ensemble	20,6	5,8	0,8	1,0	0,4	3,4	0,3	14,9	11,0	3,1	0,8	79,4	100,0	6 622

Note : Si plus d'une méthode a été utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

5.4 NOMBRE D'ENFANTS À LA PREMIÈRE UTILISATION

L'utilisation de la contraception pour la première fois peut, en fonction de la parité atteinte, répondre à des objectifs différents :

- retarder la première naissance si l'utilisation commence lorsque la femme n'a pas encore d'enfants ;
- espacer les naissances si la contraception débute à des parités faibles ;
- limiter la descendance lorsque la contraception commence à des parités élevées ou lorsque le nombre d'enfants désiré est déjà atteint.

Le tableau 5.6 présente la répartition des femmes actuellement en union de 15 à 49 ans par groupe d'âges selon le nombre d'enfants vivants au moment de la première utilisation. Globalement, les résultats

de ce tableau montrent que près d'un tiers des femmes ont décidé d'utiliser la contraception soit pour retarder la venue d'une première naissance (20 %), soit après une première naissance (12 %). En fonction de l'âge des femmes, on constate certaines différences : en effet, la proportion de femmes qui ont commencé à utiliser une méthode contraceptive alors qu'elles n'avaient pas encore d'enfants est passée d'environ 12 % parmi celles de 35-49 ans à au moins 23 % parmi celles 15-29 ans. On constate cette même tendance avec l'âge parmi celles qui ont utilisé la contraception après la venue d'un premier enfant, la proportion étant passée de 8 % parmi celles de 45-49 ans à 15 % parmi celles de 20-24 ans. Il semblerait donc que les jeunes générations aient plus tendance que les anciennes à retarder la venue d'un premier enfant et à espacer la deuxième naissance.

Tableau 5.6 Nombre d'enfants à la première utilisation

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans par nombre d'enfants vivants lors de la première utilisation de la contraception, selon l'âge actuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Âge actuel	N'a jamais utilisé	Nombre d'enfants vivants au moment de la première utilisation de la contraception					Total[1]	Effectif de femmes
		0	1	2	3	4+		
15-19	72,1	23,1	3,8	0,6	0,1	0,0	100,0	2 030
20-24	49,5	28,5	15,4	4,9	1,2	0,1	100,0	2 274
25-29	39,0	23,4	18,4	9,4	5,1	3,6	100,0	1 655
30-34	43,4	14,6	13,3	9,8	8,4	10,0	100,0	1 344
35-39	44,6	12,3	14,2	8,2	6,6	13,2	100,0	1 044
40-44	48,0	11,6	10,3	7,2	5,1	17,1	100,0	909
45-49	52,8	10,2	7,7	8,7	5,7	14,5	100,0	739
Ensemble	51,1	20,1	12,1	6,3	3,9	6,0	100,0	9 995

[1] Y compris les non déterminés

5.5 CONNAISSANCE DE LA PÉRIODE FÉCONDE

Les données du tableau 5.1 ont montré qu'environ six personnes interviewées sur 10 (62 % des femmes et 63 % des hommes) ont déclaré connaître la continence périodique. En outre, 11 % des femmes en union ont déclaré qu'elles utilisaient au moment de l'enquête, la continence périodique pour planifier leurs naissances. Cette proportion atteint 23 % des femmes ayant un niveau supérieur et 22 % dans la province de Kinshasa. (cf. tableau 5.3). Or, l'efficacité de la pratique de la continence périodique requiert une connaissance correcte du cycle menstruel. Pour mesurer ce niveau de connaissance, on a demandé au cours de l'enquête à toutes les femmes si elles pensaient qu'au cours du cycle, il y avait une période durant laquelle elles avaient plus de chance de tomber enceinte. Si la réponse était oui, on a demandé aux femmes d'indiquer à quel moment du cycle se situait cette période. Les résultats sont présentés pour les utilisatrices de la continence périodique et pour celles qui n'en sont pas. Ces réponses sont regroupées en trois catégories au tableau 5.7.

- Connaissance exacte : « Entre les deux périodes de menstruation » (milieu du cycle) ;
- Connaissance douteuse : « Juste avant le début des règles » ou « juste après la fin des règles ». Ces réponses sont vagues, mais elles peuvent correspondre à la période de fécondité ;
- Méconnaissance : « Durant les règles », « pas de moment spécifique », « autre » et « ne sait pas ».

Le tableau 5.7 montre que 40 % des femmes de 15-49 ans ont une connaissance exacte de leur période féconde, 25 % en ont une connaissance douteuse tandis que 35 % ne savent pas situer cette période. Parmi les femmes qui pratiquent la continence périodique, six sur dix (62 %) ont une connaissance précise de la période féconde.

Tableau 5.7 Connaissance de la période féconde

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon leur connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel en fonction de l'utilisation actuelle de la continence périodique, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Connaissance de la période féconde	Utilisatrices de la continence périodique	Non utilisatrices de la continence périodique	Toutes les femmes
Connaissance			
Au milieu du cycle	61,7	37,8	40,3
Connaissance douteuse			
Juste après la fin des règles	23,5	19,4	19,8
Juste avant le début des règles	4,5	5,2	5,2
Ne connaît pas			
Durant les règles	0,4	1,3	1,2
Pas de moment spécifique	2,9	12,8	11,8
Autre	0,0	0,2	0,2
Ne sait pas	7,1	23,0	21,4
Manquant	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	1 039	8 956	9 995

5.6 SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN MÉTHODES CONTRACEPTIVES

L'information sur la connaissance des sources d'approvisionnement constitue un bon indicateur d'évaluation de la contribution des secteurs publics et privés dans la distribution ou la vente des produits contraceptifs. Elle peut également contribuer à redéfinir la stratégie de la distribution des produits contraceptifs. Pour ce faire, au cours de l'EDS-RDC, on a demandé aux femmes utilisatrices de méthodes modernes de contraception d'indiquer l'endroit où elles avaient obtenu leur méthode. Les données du tableau 5.8 montrent qu'en RDC les femmes qui utilisent les méthodes contraceptives les obtiennent plus fréquemment du secteur médical privé (58 %) que du secteur médical public (21 %). Dans le secteur médical privé, ce sont les pharmacies qui jouent un rôle essentiel ; près de la moitié des femmes y obtiennent leurs méthodes contraceptives (49 %). Dans le secteur médical public, c'est surtout auprès des hôpitaux (14 %) que les femmes s'approvisionnent en contraceptifs et les centres de santé qui offrent les services de planification familiale ne jouent qu'un rôle mineur (6 %).

En outre, il faut mentionner la proportion relativement importante de femmes ayant mentionné les parents/amis (13 %) et les boutiques (3 %) comme source d'approvisionnement. En fonction de la méthode, les résultats montrent que la stérilisation féminine est pratiquée uniquement dans les hôpitaux. Les hôpitaux du secteur médical public contribuent dans une proportion de 64 % et ceux du secteur médical privé pour 20 %. Les autres structures interviennent beaucoup moins fréquemment. Pour les méthodes destinées à être utilisées directement par les femmes et qui nécessitent un approvisionnement, les résultats montrent que les utilisatrices de la contraception moderne les obtiennent principalement auprès du secteur médical privé (59 %) pour la pilule et surtout auprès des pharmacies (50 %). Cependant, dans 34 % des cas les femmes ont obtenu la pilule auprès du secteur public, surtout des hôpitaux (23 %). En ce qui concerne le condom masculin, les résultats montrent que dans près des deux tiers des cas (64 %), les femmes se les sont procurés auprès d'une structure du secteur médical privé ; dans la grande majorité des cas, il s'agit de la pharmacie (58 %). Signalons également le rôle des parents et amis comme source d'approvisionnement du condom (17 %). Par ailleurs, il est très difficile de commenter les variations pour les injectables étant donné le faible effectif de femmes qui utilisent cette méthode contraceptive (0,4 %).

Tableau 5.8 Source d'approvisionnement des méthodes modernes

Répartition (en %) des utilisatrices actuelles de méthodes contraceptives modernes âgées de 15-49 ans par source d'approvisionnement la plus récente, en fonction de la méthode, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Source d'approvisionnement	Stérilisation féminine	Pilule	Injectables	Condom masculin	Ensemble[1]
Secteur public	74,6	34,3	(49,3)	8,6	20,7
Hôpital	64,4	23,4	(23,8)	4,2	13,6
Clinique	3,4	0,0	(0,0)	0,2	0,5
Centre/Poste de santé	6,5	9,9	(22,8)	3,7	6,1
Maternité	0,3	1,0	(2,7)	0,5	0,6
Secteur médical privé	25,4	58,6	(49,9)	63,6	58,4
Hôpital, clinique privée	19,7	2,6	(6,6)	1,9	4,2
Pharmacie	0,0	50,4	(19,3)	57,7	48,7
Amo-Congo	0,0	0,0	(0,0)	0,5	0,4
Centre de santé	3,5	3,5	(20,1)	1,5	3,0
Médecin privé	0,0	0,0	(0,0)	0,3	0,2
Infirmier ambulant	0,0	0,0	(2,3)	0,2	0,3
Agent de terrain	0,0	0,0	(0,0)	1,1	0,8
Autre médical privé	2,2	2,1	(1,6)	0,4	0,8
Autre source	0,0	2,8	(0,5)	21,6	15,9
Boutique	0,0	0,0	(0,0)	4,4	3,2
Église	0,0	0,0	(0,0)	0,0	0,1
Parents/amis	0,0	2,8	(0,5)	17,2	12,6
Autre	0,0	0,0	(0,0)	1,7	1,2
Manquant	0,0	4,3	(0,4)	4,4	3,7
Total	100,0	100,0	(100,0)	100,0	100,0
Effectif de femmes	56	76	34	475	665

[1] Y compris 17 utilisatrices du DIU, 4 utilisatrices du condom féminin et 3 utilisatrices de mousse/gelée
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

5.7 Choix de la Méthode et Information

Pour éviter toute déception aux femmes désireuses d'utiliser la contraception, les spécialistes de la planification familiale se doivent de bien cerner leurs objectifs (espacer ou limiter les naissances) et de les informer suffisamment sur les méthodes disponibles (effets secondaires possibles, problèmes éventuels liés à chaque méthode) afin qu'elles fassent le choix adéquat. Pour chaque méthode, ils devront leur expliquer quels sont les effets secondaires possibles et les problèmes éventuels afin de les aider à faire le choix le mieux adapté. Au cours de l'EDS-RDC, on a demandé aux utilisatrices de méthodes modernes si elles avaient été informées sur les méthodes, plus exactement sur l'irréversibilité, l'efficacité, les effets secondaires et les précautions en cas d'effets secondaires. Le tableau 5.9 présente les résultats à ces questions.

Tableau 5.9 Choix informé de la méthode

Parmi les utilisatrices actuelles de méthodes modernes, âgées de 15-49 ans, dont la dernière période d'utilisation d'une méthode a commencé au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant été informé de possibles effets secondaires ou sur des problèmes liés à cette méthode, pourcentage ayant été informé sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires et pourcentage ayant été informé de l'existence d'autres méthodes, selon la méthode et la source; parmi les femmes stérilisées, pourcentage ayant été informé que la méthode est permanente, par source initiale de la méthode, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Parmi les utilisatrices actuelles de méthodes modernes dont la dernière période d'utilisation a commencé au cours des cinq années ayant précédé l'enquête :				Parmi les femmes stérilisées[1] :	
Méthode/source	Pourcentage ayant été informé des effets secondaires ou des problèmes de méthode	Pourcentage ayant été informé sur ce qu'il fallait faire en cas d'effets secondaires	Pourcentage ayant été informé par un agent de santé ou de planification familiale que d'autres méthodes peuvent être utilisées	Effectif de femmes	Pourcentage ayant été informé du caractère irréversible de la stérilisation	Effectif de femmes
Méthode						
Stérilisation féminine	(66,9)	(61,3)	(32,9)	29	(92,8)	29
Pilule	40,2	33,5	50,8	66	na	na
DIU	*	*	*	14	na	na
Injectables	(56,8)	(46,9)	(56,0)	30	na	na
Autre	*	*	*	7	na	na
Source initiale de la méthode[2]						
Secteur public	63,8	54,4	68,7	70	(95,3)	22
Hôpital	(67,8)	(54,8)	(68,2)	46	*	17
Clinique	*	*	*	1	*	1
Centre/Poste de santé	(55,6)	(53,0)	(77,0)	21	*	4
Maternité	*	*	*	1	na	0
Secteur médical privé	49,6	47,1	41,3	60	*	7
Hôpital, clinique privée	*	*	*	8	*	4
Pharmacie	(36,1)	(30,4)	(34,2)	38	na	0
Centre de santé	*	*	*	8	*	2
Autre médical privé	*	*	*	4	*	1
Autre source	*	*	*	21	na	0
Ensemble	51,3	45,0	53,0	147	(92,8)	29

[1] Celles stérilisées au cours des cinq années ayant précédé l'enquête
[2] Source au début de l'épisode actuel d'utilisation
na = Non applicable
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Parmi les utilisatrices actuelles de méthodes modernes dont la dernière période d'utilisation date des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, 51 % ont été informées des effets secondaires ou des problèmes liés à chaque méthode. Un peu moins de la moitié (45 %) d'entre elles ont été informées des précautions à prendre en cas d'effets secondaires. Plus d'une utilisatrice sur deux (53 %) a déclaré avoir été informée par les agents de santé ou de planification familiale sur la disponibilité d'autres méthodes modernes qu'elle ne connaissait pas. On note qu'environ quatre utilisatrices de la pilule sur dix ont été informées des effets secondaires de leur méthode (40 %). On note également que le personnel du secteur public a plus fréquemment informé les utilisatrices sur les effets secondaires des méthodes que le secteur privé (64 % contre 50 %). De même, le personnel du secteur public a plus informé les utilisatrices sur les autres méthodes disponibles que le secteur privé (69 % contre 41 %).

5.8 UTILISATION FUTURE DE LA CONTRACEPTION

On a demandé aux femmes âgées de 15-49 ans actuellement en union qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête si elles avaient l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. Le tableau 5.10 présente la répartition des femmes en union et non utilisatrices de la contraception par nombre d'enfants et selon leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Ce tableau montre que 27 % des femmes en union non utilisatrices ont déclaré avoir l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir. À l'opposé, 59 % des non utilisatrices de la contraception ont déclaré ne pas avoir l'intention de l'utiliser. L'intention d'utiliser une méthode contraceptive varie selon la parité. En effet, la proportion de femmes en union qui ont l'intention d'utiliser une méthode croît avec le nombre d'enfants de la femme, passant de 15 % chez celles qui n'ont pas d'enfant à 30 % chez celles qui ont trois enfants. En outre, un quart des femmes (25 %) ayant au moins quatre enfants ont déclaré avoir l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Tableau 5.10 Utilisation future

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement de méthode, par nombre d'enfants vivants et selon l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Nombre d'enfants vivants[1]					
Intention	0	1	2	3	4+	Ensemble
A l'intention d'utiliser	15,3	27,7	30,5	30,3	25,1	26,6
Pas sûre	11,2	16,8	15,5	12,4	12,7	13,8
N'a pas l'intention d'utiliser	72,9	55,2	53,3	57,1	61,7	59,2
Manquant	0,6	0,3	0,6	0,2	0,4	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	402	884	955	789	2 225	5 255

[1] Y compris la grossesse actuelle

Par ailleurs, les résultats du tableau indiquent que la proportion de femmes en union qui n'utilisaient pas actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne pas avoir l'intention d'en utiliser dans le futur baisse avec l'augmentation de la parité, passant de 73 % chez celles qui n'ont pas d'enfants à 57 % chez celles qui ont trois enfants. Cependant, environ six femmes sur dix (62 %) ayant au moins quatre enfants ont déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

On a également demandé aux femmes de 15-49 ans en union qui n'utilisaient pas actuellement une méthode contraceptive et qui n'avaient pas l'intention d'en utiliser dans le futur, d'en donner la raison. Ce sont ces résultats que présente le tableau 5.11. Il ressort de l'analyse de ce tableau que les raisons de non intention d'utilisation de la contraception les plus fréquemment évoquées sont relatives à la fécondité (51 %). Parmi ces raisons, le désir d'avoir des enfants a été cité dans 26 % des cas et environ une femme sur sept a déclaré qu'elle était inféconde (15 %). L'opposition à la pratique contraceptive a été citée par 21 % des femmes : dans 10 % des cas, c'est l'enquêtée elle-même qui y est opposée. L'opposition du mari/partenaire a été évoquée dans 5 % des cas et les interdits religieux dans 6 % des cas. Le manque de connaissance sur les méthodes contraceptives a été avancé dans 11 % des cas : 9 % pour la méconnaissance des méthodes et 2 % pour la méconnaissance d'une source d'approvisionnement. Les raisons relatives aux méthodes elles-mêmes ont été citées dans 13 % des cas, en l'occurrence la crainte des effets secondaires (6 %) et les problèmes de santé (3 %).

Tableau 5.11 Raisons évoquées pour n'avoir pas l'intention d'utiliser la contraception

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union qui n'utilisent pas actuellement une méthode contraceptive et qui n'ont pas l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, selon la principale raison pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Raison	Répartition (en %)
Raisons liées à la fécondité	
Rapports sexuels peu fréquents/pas de rapports sexuels	5,9
Ménopause/a eu une hystérectomie	4,0
Inféconde	14,9
Veut autant d'enfants que possible	25,9
Opposition à l'utilisation	
Enquêtée opposée	10,1
Mari/partenaire opposé	4,8
Autres opposés	0,2
Interdits religieux	5,6
Manque de connaissance	
Ne connaît pas de méthode	8,7
Ne connaît pas de source	2,3
Raisons liées à la méthode	
Problèmes de santé	2,7
Crainte d'effets secondaires	6,2
Difficulté d'accès/trop loin	0,6
Coûte trop cher	0,3
Pas pratique à utiliser	1,8
Interfère avec le fonctionnement du corps	1,5
Autre	2,1
Ne sait pas	2,2
Manquant	0,2
Total	100,0
Effectif de femmes	3 113

Afin d'évaluer la demande potentielle des différents types de méthodes contraceptives, on a demandé aux femmes en union qui avaient l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir de spécifier la méthode de leur choix. Le tableau 5.12 indique que le choix des femmes s'est porté dans 43 % des cas sur les méthodes modernes et dans 49 % des cas sur les méthodes traditionnelles. Parmi les méthodes traditionnelles, la continence périodique reste la méthode la plus fréquemment citée (44 %). S'agissant des méthodes modernes, on note que trois méthodes ont été plus fréquemment citées que les autres : le condom masculin (14 %), les injectables (13 %) et la pilule (10 %).

Tableau 5.12 Méthode contraceptive future préférée

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, qui n'utilisent pas actuellement une méthode mais qui ont l'intention d'en utiliser une dans l'avenir, par âge et selon la méthode préférée, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Méthode	Répartition (en %)
Stérilisation féminine	2,7
Pilule	10,4
DIU	1,3
Injectables	13,1
Implants	1,0
Condom	13,5
Condom féminin	0,3
Diaphragme	0,2
Mousse/gelée	0,7
Continence périodique	43,8
Retrait	5,6
Autre	4,0
Pas sûre	3,3
Total	100,0
Effectif de femmes	1 397

5.9 INFORMATIONS SUR LA CONTRACEPTION

Les médias peuvent se révéler un bon support pour la diffusion d'informations relatives à la planification familiale en général et aux méthodes contraceptives en particulier. À ce titre, on a demandé aux femmes si, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, elles avaient entendu un message sur la planification familiale à la radio, ou si elles en avaient vu un à la télévision ou lu dans un journal ou un magazine. Le tableau 5.13 indique que huit femmes sur dix (81 %) n'ont ni entendu ni vu et encore moins lu un message sur la planification familiale à la radio, à la télévision ou dans les journaux/magazines au cours des derniers mois précédant l'enquête. Près d'une femme sur sept (15 %) a déclaré avoir entendu un message sur la planification familiale à la radio, 7 % à la télévision et 3 % des femmes ont lu un message dans un journal ou un magazine.

Les résultats du tableau montrent que les femmes du milieu rural (90 %), celles des provinces du Bandundu (91 % et de l'Équateur (96 %), celles n'ayant aucune instruction (93 %) et celles du quintile le plus pauvre (95 %) n'ont été touchées par aucun message sur la planification familiale, cela quel que soit le canal d'information.

Tableau 5.13 Exposition aux messages sur la planification familiale

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, ont, soit entendu à la radio, soit vu à la télévision ou lu dans un journal ou une revue, un message sur la planification familiale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes					Hommes				
Caractéristique sociodémographique	Radio	Télévision	Journaux/ magazines	Aucun de ces trois medias	Effectif de femmes	Radio	Télévision	Journaux/ magazines	Aucun de ces trois medias	Effectif d'hommes
Groupe d'âges										
15-19	12,7	6,8	3,9	83,4	2 030	12,4	6,4	4,6	84,9	988
20-24	15,6	7,2	3,2	81,0	2 274	26,4	11,8	8,3	67,9	869
25-29	14,8	8,9	3,7	80,3	1 655	25,4	10,5	9,1	68,4	651
30-34	17,8	6,6	3,0	78,7	1 344	30,0	13,9	11,9	62,5	568
35-39	14,9	6,4	1,8	82,9	1 044	30,4	8,6	6,8	65,7	483
40-44	17,5	5,5	2,3	79,8	909	31,3	10,0	8,9	66,1	400
45-49	16,3	7,4	2,2	81,5	739	30,9	12,4	9,5	65,8	357
Milieu de résidence										
Urbain	22,2	15,1	5,1	70,6	4 540	31,1	21,0	12,3	59,4	1 890
Rural	9,6	0,4	1,4	90,0	5 455	19,8	1,7	4,7	79,3	2 426
Province										
Kinshasa	20,2	24,2	2,6	67,7	1 575	25,2	28,6	9,4	60,3	637
Bas-Congo	18,1	7,1	1,7	78,8	397	35,8	13,0	4,8	61,7	177
Bandundu	9,0	0,5	1,3	90,8	1 518	15,4	1,6	2,4	83,9	663
Équateur	3,3	0,9	1,3	95,8	1 235	7,6	0,5	1,9	91,3	571
Orientale	8,3	4,9	1,5	89,1	1 083	18,8	6,6	5,2	78,2	496
Nord-Kivu	17,4	1,9	3,6	81,7	356	45,1	5,0	16,0	51,3	126
Sud-Kivu	34,4	3,8	4,5	64,9	426	34,2	10,1	18,3	59,9	165
Maniema	27,1	1,7	4,0	71,8	314	34,4	5,0	9,7	65,1	125
Katanga	14,4	11,8	2,5	80,8	1 073	23,7	18,5	8,0	68,0	508
Kasaï Oriental	20,3	4,6	7,4	77,3	1 132	41,8	9,7	15,2	56,1	463
Kasaï Occidental	22,3	2,5	6,0	76,0	886	35,4	5,3	13,8	61,7	386
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	6,4	0,3	0,4	93,4	2 081	19,7	0,8	0,1	80,3	234
Primaire	11,3	2,2	1,1	87,9	3 851	15,2	2,0	2,6	83,2	1 262
Secondaire	23,0	13,3	5,7	70,2	3 802	28,0	12,2	9,5	66,5	2 542
Supérieur	34,3	44,2	15,1	44,8	261	43,0	36,3	25,6	41,9	278
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	4,5	0,1	0,6	95,2	1 798	14,8	0,5	2,1	83,9	769
Second	8,2	0,2	0,5	91,6	1 967	14,6	1,2	4,1	84,7	786
Moyen	11,6	0,7	1,6	87,9	2 043	23,5	2,7	6,1	75,4	999
Quatrième	24,1	5,1	6,2	73,2	1 888	36,8	11,0	13,7	59,6	806
Le plus riche	25,9	25,8	6,0	61,9	2 300	32,4	32,5	13,4	52,5	956
Ensemble 15-49 ans	15,3	7,1	3,1	81,2	9 995	24,8	10,2	8,0	70,6	4 316
Hommes 50-59 ans	na	na	na	na	na	30,5	11,1	9,0	65,9	441
Ensemble 15-59 ans	na	na	na	na	na	25,3	10,3	8,1	70,1	4 757

na = Non applicable

En ce qui concerne les hommes, on constate qu'ils ne sont guère mieux informés que les femmes, bien que la proportion de ceux qui n'ont reçu aucun message soit un peu plus faible que celle observée chez les femmes. En effet, près de sept hommes sur dix contre huit sur dix chez les femmes n'ont été exposés à aucun message sur la planification familiale, quel que soit le canal d'information. C'est surtout parmi les plus jeunes (15-19 ans) que le niveau de non exposition au message est élevé (85 %). Hormis ce groupe, le niveau varie entre 63 % et 68 %. Comme chez les femmes, on note un écart entre milieux de résidence, la proportion d'hommes n'ayant été exposée à aucun message étant plus élevée en milieu rural qu'urbain (79 % contre 59 %). Au niveau des provinces, la proportion de ceux qui n'ont reçu aucun message varie d'un minimum de 51 % dans le Nord-Kivu à 91 % dans la province de l'Équateur. Par ailleurs, on remarque aussi chez les hommes que le niveau d'instruction influe sur le niveau d'exposition aux messages sur la planification familiale : parmi ceux sans instruction, 80 % n'ont pas été atteints par des messages contre 42 % parmi les plus instruits. Il en est de même selon le niveau de bien-être économique des ménages, puisque dans les ménages les plus pauvres, 84 % n'ont reçu aucun message contre 53 % dans les plus riches.

5.10 Contact des Non Utilisatrices de la Contraception avec des Prestataires de Planification Familiale

Les informations sur le contact des femmes non utilisatrices de méthodes de contraception avec des prestataires de planification familiale peuvent permettre d'évaluer l'importance des activités de sensibilisation dans ce domaine. Pour cette raison, au cours de l'EDS-RDC on a demandé aux femmes si, au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, elles avaient reçu la visite d'un agent qui leur avait parlé de planification familiale. Aux femmes qui s'étaient rendues dans un centre de santé au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, on a demandé si un membre du personnel de santé leur avait parlé de méthodes de planification familiale.

Il ressort des résultats présentés au tableau 5.14 qu'au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, neuf femmes sur dix non utilisatrices de la contraception (92 %) n'ont pas discuté de méthodes de contraception, que ce soit avec un prestataire de planification familiale ou lors d'une visite dans un établissement sanitaire. Un peu plus d'une femme sur quatre (26 %) se sont rendues dans un établissement sanitaire mais n'ont pas discuté de problèmes de planification familiale. Seulement, 4 % ont reçu la visite d'un agent de terrain et ont discuté de planification familiale et, dans seulement 6 % des cas, les femmes se sont rendues dans un établissement sanitaire et ont discuté de problèmes relatifs à la planification familiale. On ne constate pas d'écart important entre les milieux de résidence : 91 % en milieu urbain contre 93 % des femmes en milieu rural n'ont pas discuté de la planification familiale, que ce soit avec un prestataire ou dans un établissement sanitaire. Les résultats selon le niveau d'instruction ne font pas non plus apparaître d'écarts importants.

Tableau 5.14 Contact des non utilisatrices de la contraception avec des agents de planification familiale

Parmi les femmes de 15-49 ans qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, pourcentage de celles qui ont été contactées au cours des 12 derniers mois par un agent de terrain qui leur a parlé de planification familiale (PF), qui ont visité un service de santé et parlé de PF, pourcentage qui ont visité un service de santé mais qui n'ont pas parlé de PF et pourcentage qui n'ont ni discuté de PF avec un agent de terrain, ni dans un centre de santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui ont reçu la visite d'un agent de terrain qui a parlé de PF	Pourcentage de femmes qui ont visité un établissement de santé au cours des 12 derniers mois et qui :		Pourcentage de femmes qui n'ont parlé de PF ni avec un agent de terrain ni dans un centre de santé	Effectif de femmes
		Ont parlé de PF	N'ont pas parlé de PF		
Groupe d'âges					
15-19	2,3	1,4	16,2	96,5	1 744
20-24	4,6	5,5	28,6	91,7	1 778
25-29	5,9	7,2	32,2	89,2	1 251
30-34	6,9	10,5	28,9	86,5	1 058
35-39	3,0	7,8	26,8	90,7	774
40-44	3,9	5,8	30,8	91,8	739
45-49	2,2	2,2	27,7	96,1	646
Milieu de résidence					
Urbain	4,9	6,1	28,0	90,6	3 408
Rural	3,6	5,1	25,3	92,9	4 581
Province					
Kinshasa	4,7	6,4	27,9	90,3	1 034
Bas-Congo	4,1	6,0	25,4	91,2	252
Bandundu	5,9	5,4	30,8	91,2	1 119
Équateur	3,0	3,6	34,8	94,4	1 008
Orientale	4,1	4,9	22,4	92,8	943
Nord-Kivu	5,6	7,8	33,3	88,6	292
Sud-Kivu	4,1	7,3	28,1	90,8	374
Maniema	6,2	7,1	28,7	89,4	262
Katanga	4,0	5,4	25,7	92,2	896
Kasaï Oriental	3,0	5,3	23,7	92,6	1 024
Kasaï Occidental	3,3	5,6	13,1	92,6	784
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	3,0	4,4	24,3	94,1	1 843
Primaire	3,3	4,7	25,8	93,1	3 206
Secondaire	6,0	6,9	28,3	89,4	2 773
Supérieur	5,8	10,2	30,9	87,8	167
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	3,1	4,0	27,2	94,2	1 548
Second	3,6	6,0	23,3	92,3	1 666
Moyen	4,1	4,3	28,2	93,1	1 680
Quatrième	4,3	7,2	25,8	90,1	1 509
Le plus riche	5,8	6,1	27,7	89,8	1 587
Ensemble	4,2	5,5	26,4	91,9	7 989

5.11 Opinions et Attitudes des Couples Vis-à-vis de la Planification Familiale

La pratique de la contraception par les femmes dépend non seulement des opinions des femmes elles-mêmes mais aussi de celles des hommes. En République Démocratique du Congo, comme dans beaucoup d'autres pays, les hommes jouent encore un rôle prépondérant dans la prise de certaines grandes décisions, notamment celles concernant la taille de la famille. Les discussions avec le conjoint constituent donc une étape importante dans la prise de décision concernant la pratique de la planification familiale.

5.11.1 Discussions de la planification familiale avec le conjoint

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes en union connaissant une méthode contraceptive, le nombre de fois qu'elles avaient discuté de la planification familiale avec leur conjoint. L'examen du tableau 5.15 montre que la discussion sur la planification familiale n'est pas une chose courante entre conjoints. En effet, plus d'une femme sur deux (53 %) a déclaré n'avoir jamais eu de discussions avec son conjoint sur ce

sujet, 22 % des femmes ont reconnu en avoir discuté une ou deux fois et 25 % en ont parlé au moins trois fois. Ce sont les jeunes femmes de 15-19 ans (61 %), celles de 40-44 ans (55 %) et celles de 45-49 ans (66 %) qui sont proportionnellement les plus nombreuses à n'avoir jamais eu de discussions avec leur conjoint sur la planification familiale.

Tableau 5.15 Discussion de la planification familiale avec le conjoint

Répartition (en %) des femmes actuellement en union et connaissant une méthode contraceptive, en fonction du nombre de fois qu'elles ont discuté de planification familiale (PF) avec leur conjoint au cours de l'année passée, selon l'âge actuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Nombre de fois que la femme a discuté de la PF avec son mari : Jamais	Une ou deux fois	Trois fois ou plus	Total[1]	Effectif
15-19	61,1	18,2	20,0	100,0	341
20-24	52,5	21,9	24,6	100,0	1 207
25-29	51,3	24,0	23,2	100,0	1 156
30-34	48,0	22,2	29,0	100,0	996
35-39	48,2	22,4	28,3	100,0	784
40-44	54,9	20,4	24,6	100,0	635
45-49	65,6	16,4	16,3	100,0	456
Ensemble	52,7	21,6	24,7	100,0	5 575

[1] Y compris les non déterminés

5.11.2 Opinion face à la planification

D'une manière générale, la pratique de la contraception par les femmes est influencée par l'opinion du couple. Dans la majorité de la population congolaise, le pouvoir de décision en ce qui concerne la taille de la famille revient en grande partie au mari. Souvent, l'influence des autres membres de la famille intervient dans cette prise de décision. Au sein du couple, la prise conjointe de décision par les deux époux/partenaires peut modifier le comportement de l'homme et le rendre favorable à la planification familiale. L'EDS-RDC s'est donc penchée sur les opinions des couples concernant la planification familiale.

Lors de l'enquête, on a posé les questions suivantes aux femmes :

- *Diriez-vous que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse*, et
- *Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?*

Il ressort des résultats présentés au tableau 5.16 que dans l'ensemble, 53 % des femmes approuvent la planification familiale, 39 % ne l'approuvent pas et environ 8 % n'en sont pas sûres. Dans 60 % des cas, les deux conjoints sont du même avis ; 35 % des couples approuvent la planification familiale. À l'opposé, dans 25 % des cas, les deux conjoints désapprouvent tous deux le recours à la planification familiale. La proportion de couples dans lesquels les deux conjoints approuvent la planification familiale ne varie pas beaucoup selon l'âge de la femme, en particulier entre 15 et 39 ans. La proportion est plus faible parmi les couples où la femme est âgée de 45-49 ans (28 %) et chez ceux où elle est âgée de 40-44 ans (30 %). En outre, cette proportion est plus faible en milieu rural (32 %) qu'en urbain (39 %) et parmi les couples sans aucune instruction (27 %) par rapport à ceux ayant un niveau d'instruction secondaire (44 %) ou supérieur (55 %). Les résultats selon les quintiles de bien-être révèlent que la proportion des couples où les deux conjoints approuvent la planification familiale est plus faible dans les ménages du quintile le plus pauvre (22 %) que dans ceux du quintile le plus riche (49 %).

Les couples dont les avis sont divergents représentent 16 %. Dans 9 % des cas, les femmes approuvent la pratique contraceptive tandis que leur conjoint la désapprouve et dans 5 % des cas, c'est l'inverse qui est

observé. Ce résultat met en relief le rôle de l'homme dans la décision de pratiquer la contraception, car il montre que lorsque les hommes sont favorables à la pratique contraceptive, les femmes le sont aussi, alors que l'inverse n'est pas toujours vérifié. On ne constate que peu de variations selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes. Enfin, dans 18 % des cas, la femme n'a aucune idée de l'opinion de son conjoint, ce qui témoigne d'une certaine insuffisance de dialogue au sein du couple sur ce sujet.

Tableau 5.16 Opinion des couples face à la planification familiale

Répartition (en %) des femmes actuellement en union qui connaissent une méthode de planification familiale, en fonction du fait qu'elles approuvent, ou non, la planification familiale et en fonction de leur perception de l'opinion de leur conjoint concernant la planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Enquêtée approuve la planification familiale			Enquêtée désapprouve la planification familiale			Enquêtée pas sûre	Total	Effectif de femmes
	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari non connue, ND	Mari approuve	Mari désapprouve	Opinion du mari non connue, ND			
Groupe d'âges									
15-19	35,4	5,5	12,0	3,5	25,2	10,2	8,2	100,0	341
20-24	36,9	8,0	10,1	4,2	21,9	9,9	8,9	100,0	1 207
25-29	35,4	8,3	8,9	6,2	25,8	8,4	7,0	100,0	1 156
30-34	35,0	10,4	11,0	4,7	22,2	8,8	7,9	100,0	996
35-39	39,2	8,5	7,4	4,8	24,5	8,7	7,0	100,0	784
40-44	30,1	12,6	5,0	6,6	27,6	9,7	8,5	100,0	635
45-49	27,6	6,7	4,6	6,8	31,4	11,3	11,6	100,0	456
Milieu de résidence									
Urbain	39,3	8,2	7,9	5,4	22,0	8,6	8,6	100,0	2 432
Rural	31,6	9,3	9,3	5,1	26,9	9,9	7,9	100,0	3 143
Province									
Kinshasa	48,4	7,0	9,0	5,7	16,2	6,9	6,8	100,0	734
Bas-Congo	57,9	3,2	10,1	4,8	13,8	4,2	6,0	100,0	238
Bandundu	38,1	11,8	8,9	6,5	24,6	5,4	4,8	100,0	916
Équateur	25,1	10,4	7,1	5,0	27,5	14,7	10,2	100,0	675
Orientale	18,2	12,0	12,4	4,8	35,5	11,3	5,9	100,0	585
Nord-Kivu	31,4	12,1	11,4	3,7	22,0	8,7	10,7	100,0	215
Sud-Kivu	41,6	3,3	8,0	4,5	21,5	11,0	10,2	100,0	240
Maniema	29,2	8,2	7,5	5,2	26,3	8,5	15,2	100,0	204
Katanga	36,0	8,4	7,3	6,1	24,3	8,4	9,5	100,0	589
Kasaï Oriental	30,4	7,7	7,6	5,1	25,8	12,7	10,7	100,0	646
Kasaï Occidental	36,7	6,5	7,9	3,6	27,7	9,6	8,0	100,0	533
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	26,8	10,3	9,3	6,4	25,3	10,9	10,9	100,0	1 118
Primaire	29,4	8,5	9,5	5,4	27,9	11,2	8,1	100,0	2 262
Secondaire	44,4	8,5	7,7	4,3	21,5	6,6	7,0	100,0	2 095
Supérieur	55,3	6,7	4,2	7,0	14,7	7,2	5,0	100,0	100
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	22,4	9,9	11,6	5,9	29,6	10,4	10,1	100,0	993
Second	29,5	8,9	9,7	4,8	26,1	11,6	9,5	100,0	1 124
Moyen	32,3	7,9	6,7	4,7	29,9	12,1	6,4	100,0	1 190
Quatrième	40,5	10,2	7,6	5,5	22,6	6,0	7,5	100,0	1 161
Le plus riche	48,8	7,3	8,3	5,3	15,8	6,7	7,7	100,0	1 107
Ensemble	35,0	8,8	8,7	5,2	24,8	9,3	8,2	100,0	5 575

NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE 6

En plus de la contraception, différents facteurs influencent le comportement procréateur des femmes et jouent un rôle déterminant sur le niveau et le schéma de la fécondité : il s'agit de la nuptialité, de l'activité sexuelle, de l'aménorrhée et de l'abstinence post-partum. Ce chapitre porte sur ces principaux facteurs.

6.1 ÉTAT MATRIMONIAL

Le mariage ou, plus généralement, l'union constitue le cadre privilégié de l'activité sexuelle et de la procréation en République Démocratique du Congo. Chez les femmes, le caractère quasi-universel de l'union fait du célibat définitif un phénomène marginal. L'union constitue ainsi un des facteurs les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse. Dans le cadre de l'EDS-RDC, le terme union s'applique à l'ensemble des femmes et des hommes qui se sont déclarés mariés ou vivant maritalement avec une/un partenaire. Entrent donc dans cette catégorie, aussi bien les mariages civils, religieux et coutumiers, que les unions de fait. Les femmes qui ne sont ni en union, ni veuves, ni séparées ou divorcées, constituent le groupe des célibataires. Les mêmes définitions s'appliquent aux hommes.

Selon le tableau 6.1 qui présente la répartition des femmes âgées de 15-49 ans et des hommes âgés de 15-59 ans, selon l'état matrimonial, au moment de l'enquête, il ressort que près de sept femmes sur 10 (66 %), et un peu plus d'un homme sur deux (57 %), sont en union. En République Démocratique du Congo, l'union se réduit en général au mariage : 58 % des femmes et 51 % des hommes déclarés en union sont effectivement mariés. Seulement 9 % des femmes et 5 % des hommes vivent maritalement sans être mariés (union consensuelle). Le célibat concerne moins d'une femme sur quatre (24 %) et près de deux hommes sur cinq (38 %) ; 7 % des femmes et 4 % des hommes sont divorcés ou séparés. Les proportions de femmes et d'hommes en rupture d'union par veuvage sont très faibles et concernent 2 % des femmes et moins de 1 % des hommes. Le calendrier de la nuptialité plus tardif chez les hommes et la pratique de la polygamie pourraient expliquer les plus forts pourcentages d'hommes encore célibataires ainsi que les plus faibles proportions d'hommes divorcés ou veufs.

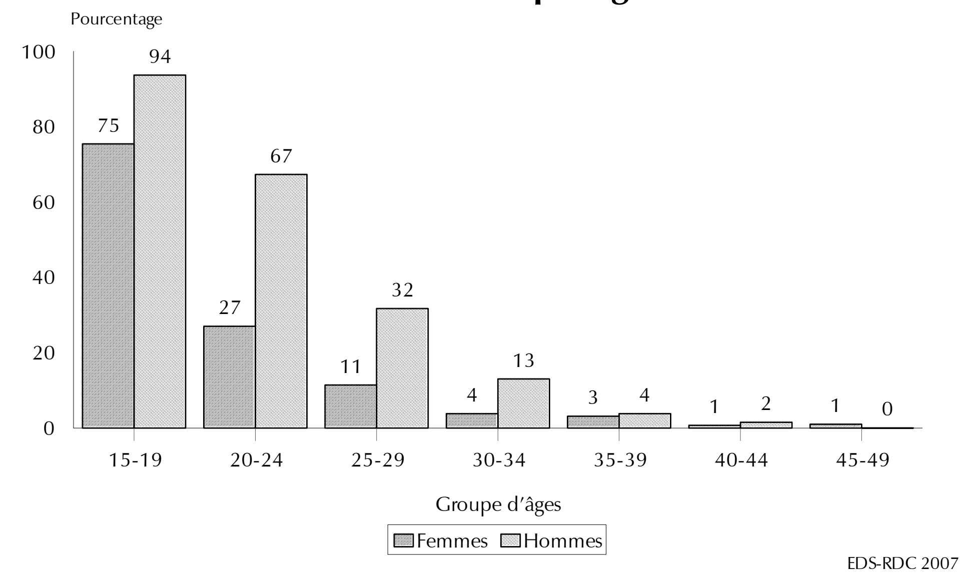
On constate également que la proportion de femmes célibataires diminue rapidement avec l'âge, passant de 75 % parmi les femmes âgées de 15-19 ans à 11 % seulement pour leurs aînées de 10 ans, âgées de 25-29 ans (graphique 6.1). Chez les hommes, la proportion de célibataires passe de 94 % à 15-19 ans à 32 % à 25-29 ans et à 4 % parmi ceux de 35-39 ans. Après 40 ans, le célibat est pratiquement inexistant (moins de 2 %). Inversement, les proportions de femmes et d'hommes en union augmentent avec l'âge. Chez les femmes, elle passe de 23 % à 15-19 ans, à 80 % à 25-29 ans pour atteindre son maximum à 30-34 ans et 35-39 ans (86 %). Chez les hommes, cette proportion varie de 4 % à 15-19 ans à 93 % à 50-59 ans. Par ailleurs, les proportions de femmes en union consensuelle sont plus élevées aux jeunes âges (20-34 ans).

Tableau 6.1 État matrimonial actuel

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans par état matrimonial actuel, selon l'âge, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	État matrimonial						Total	Pourcentage actuellement en union	Effectif
	Célibataire	Marié	Vivant ensemble	Divorcé	Séparé	Veuf			
FEMMES									
15-19	75,4	18,0	4,5	0,1	2,0	0,0	100,0	22,5	2 030
20-24	27,0	54,2	11,1	0,9	6,6	0,2	100,0	65,3	2 274
25-29	11,4	69,8	10,6	1,1	6,5	0,6	100,0	80,4	1 655
30-34	3,8	75,8	10,5	1,8	6,7	1,4	100,0	86,3	1 344
35-39	3,1	77,3	8,1	2,4	5,6	3,5	100,0	85,5	1 044
40-44	0,7	73,0	7,7	5,9	6,2	6,6	100,0	80,7	909
45-49	1,0	70,1	6,5	5,3	7,9	9,2	100,0	76,6	739
Ensemble 15-49	24,3	57,6	8,6	1,8	5,6	2,0	100,0	66,3	9 995
HOMMES									
15-19	93,7	1,0	2,9	0,0	2,3	0,0	100,0	3,9	988
20-24	67,3	19,8	6,8	0,2	5,9	0,0	100,0	26,5	869
25-29	31,7	54,5	7,4	1,6	4,6	0,2	100,0	61,9	651
30-34	13,0	75,8	6,8	0,6	3,8	0,0	100,0	82,6	568
35-39	3,8	85,4	6,6	1,7	1,8	0,8	100,0	92,0	483
40-44	1,5	87,2	3,6	0,0	5,0	2,6	100,0	90,9	400
45-49	0,0	88,1	4,3	1,6	4,0	2,0	100,0	92,4	357
Ensemble 15-49	42,1	47,3	5,5	0,7	3,9	0,5	100,0	52,8	4 316
Hommes 50-59	1,8	89,7	3,0	0,8	1,7	3,1	100,0	92,7	441
Ensemble 15-59	38,3	51,2	5,2	0,7	3,7	0,8	100,0	56,5	4 757

Graphique 6.1 Proportion de femmes et d'hommes célibataires par âge



6.2 PRATIQUE DE LA POLYGAMIE

Parmi les femmes en union, on a distingué celles qui vivent en union monogame de celles qui ont déclaré que leur mari ou conjoint a une ou plusieurs autres épouses. Le tableau 6.2 présente la répartition des femmes selon le nombre de co-épouses selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 6.2 Nombre de co-épouses

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par nombre de co-épouses, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Nombre de co-épouses				Total	Effectif de femmes
	0	1	2+	Manquant		
Groupe d'âges						
15-19	77,3	9,9	2,0	10,8	100,0	457
20-24	74,1	12,7	3,1	10,1	100,0	1 484
25-29	72,9	16,5	3,4	7,2	100,0	1 330
30-34	68,6	19,0	4,2	8,2	100,0	1 160
35-39	68,5	20,9	4,5	6,1	100,0	892
40-44	67,2	22,4	4,6	5,8	100,0	734
45-49	67,2	21,6	3,8	7,4	100,0	567
Milieu de résidence						
Urbain	73,8	13,8	2,2	10,2	100,0	2 669
Rural	69,1	19,7	4,7	6,5	100,0	3 954
Province						
Kinshasa	81,9	7,7	0,4	10,1	100,0	737
Bas-Congo	76,1	15,6	2,8	5,5	100,0	259
Bandundu	71,8	19,8	2,5	5,9	100,0	971
Équateur	68,6	18,5	4,9	8,0	100,0	866
Orientale	66,2	20,5	6,8	6,5	100,0	837
Nord-Kivu	65,1	17,5	5,7	11,7	100,0	232
Sud-Kivu	77,7	11,9	2,7	7,7	100,0	271
Maniema	53,0	24,6	4,8	17,7	100,0	243
Katanga	71,8	14,4	2,1	11,7	100,0	710
Kasaï Oriental	73,1	19,2	3,3	4,3	100,0	811
Kasaï Occidental	67,6	19,5	5,5	7,3	100,0	686
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	65,3	22,0	5,0	7,7	100,0	1 592
Primaire	69,4	18,7	4,7	7,2	100,0	2 747
Secondaire	77,2	12,6	1,6	8,6	100,0	2 183
Supérieur	71,0	7,3	1,9	19,7	100,0	100
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	66,7	20,3	5,6	7,4	100,0	1 262
Second	67,7	21,7	3,6	7,0	100,0	1 473
Moyen	72,0	17,4	4,4	6,2	100,0	1 468
Quatrième	69,7	16,3	3,8	10,2	100,0	1 289
Le plus riche	80,3	9,2	0,7	9,8	100,0	1 129
Ensemble	71,0	17,3	3,7	8,0	100,0	6 622

En République Démocratique du Congo, en dépit de la prédominance des unions monogames, la polygamie est une pratique qui concerne plus d'une femme sur cinq (21 %). Parmi les femmes en union polygame, 17 % ont une co-épouse et 4 % en ont au moins deux. Il faut cependant souligner qu'une proportion élevée de femmes (8 %) n'ont pas été en mesure de déclarer si leur union était de type polygame ou non. La proportion de femmes qui vivent en régime polygame augmente avec l'âge passant de 12 % à 15-19 ans, à 16 % à 20-24 ans et 25 % à 45-49 ans.

Les différences selon le milieu de résidence, la province, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique sont relativement importantes. Les unions polygames sont plus courantes en milieu rural qu'en milieu urbain (24 % contre 16 %). Les résultats selon la province montrent que c'est à Kinshasa (8 %) et au Sud-Kivu (15 %) que les proportions de femmes polygames sont les plus faibles. À l'opposé, les proportions de femmes polygames les plus élevées s'observent au Maniema (29 %), dans la province Orientale (27 %) et au Kasaï Occidental (25 %). On note aussi que les proportions de polygames diminuent au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente : de 27 % parmi les femmes sans instruction, la proportion passe à 14 % parmi celles de niveau secondaire et à 9 % parmi les plus instruites. Les résultats selon l'indice de bien-être économique montrent que, plus le ménage est riche, plus la fréquence de la polygamie diminue. En effet, la proportion de femmes polygames passe de 26 % dans les ménages les plus pauvres, à 22 % dans ceux dont le niveau de vie est moyen et à 10 % dans les ménages les plus riches.

6.3 ÂGE À LA PREMIÈRE UNION ET ÂGE AUX PREMIERS RAPPORTS SEXUELS

L'âge à la première union et l'âge aux premiers rapports sexuels sont deux déterminants essentiels du début de la vie féconde. Alors que le premier marque le début de la procréation au sein du couple, le second indique le début de l'exposition au risque de grossesse et explique, en grande partie, la fécondité prénuptiale.

6.3.1 Âge à la première union

Compte tenu de la relation généralement observée entre l'âge à la première union et le début de la vie féconde, il est important d'étudier le calendrier de la primo nuptialité. Les proportions cumulées de non célibataires par âge exact à la première union constituent un bon indicateur du rythme d'entrée en première union et, par conséquent, du calendrier des premiers mariages (la primo nuptialité). Le tableau 6.3 présente les proportions de femmes et d'hommes déjà entrés en union à différents âges ainsi que les âges médians à la première union en fonction de l'âge actuel des enquêtés. Parmi les femmes de 25-49 ans, une femme sur deux était déjà mariée à l'âge de 18,6 ans (âge médian). Le pourcentage de femmes qui sont déjà en union avant 15 ans exacts est élevé (12 %) et, à 22 ans exacts, 76 % des femmes de 25-49 ans étaient déjà en union. À 25 ans exacts, sur 10 femmes du groupe d'âge 25-49 ans, près de 9 avaient déjà contracté une union (86 %). Des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans à l'enquête) aux plus jeunes (âgées de 20-24 ans à l'enquête), on constate un léger vieillissement de l'âge à la première union (âge médian de 18,0 ans contre 19,1 ans). Les résultats montrent aussi que la proportion de femmes entrées en première union avant l'âge de 15 ans a diminué, passant de plus de 11 % parmi celles de 35 ans et plus à 7 % parmi celles de 15-19 ans.

Tableau 6.3 Âge à la première union

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans par âge exact à la première union et âge médian à la première union selon l'âge actuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Pourcentage en première union avant d'atteindre l'âge exact : 15	18	20	22	25	Pourcentage de célibataires	Effectif	Âge médian à la première union
				FEMMES				
15-19	7,0	na	na	na	na	75,4	2 030	a
20-24	8,3	39,1	58,3	na	na	27,0	2 274	19,1
25-29	9,8	37,8	58,0	72,0	83,5	11,4	1 655	19,0
30-34	13,0	45,4	62,2	76,0	86,9	3,8	1 344	18,5
35-39	11,4	45,3	65,0	76,2	85,1	3,1	1 044	18,4
40-44	11,0	44,0	65,5	76,7	87,4	0,7	909	18,5
45-49	17,5	50,2	67,0	79,6	87,3	1,0	739	18,0
20-49	11,0	42,3	61,4	na	na	11,3	7 965	18,7
25-49	12,1	43,6	62,6	75,5	85,7	5,0	5 691	18,6
				HOMMES				
15-19	1,0	na	na	na	na	93,7	988	a
20-24	0,8	6,9	15,3	na	na	67,3	869	a
25-29	0,0	6,5	15,1	31,8	56,0	31,7	651	24,2
30-34	0,5	7,0	14,3	30,3	51,3	13,0	568	24,8
35-39	0,7	5,7	17,4	26,4	54,6	3,8	483	24,4
40-44	0,2	11,4	25,4	38,0	62,7	1,5	400	24,0
45-49	0,1	5,6	19,4	29,8	53,7	0,0	357	24,2
20-49	0,4	7,1	17,1	na	na	26,7	3 328	25,1
25-49	0,3	7,1	17,7	31,1	55,4	12,4	2 458	24,3
25-59	0,7	7,2	17,8	32,0	55,8	10,8	2 899	24,3

Note : L'âge à la première union est défini comme étant l'âge auquel l'enquêté a commencé à vivre avec son premier époux/partenaire
na = Non applicable
a = Non calculé parce que moins de 50 % des enquêtés ont commencé à vivre pour la première fois avec leur époux/partenaire avant d'atteindre le début du groupe d'âges

Contrairement aux femmes, les hommes se marient relativement tard en République Démocratique du Congo. En effet, l'âge médian au premier mariage des hommes de 25-49 ans est de 24,3 ans, c'est-à-dire 5,7 ans plus vieux que les femmes (18,6 ans) du même groupe d'âges. À la différence des femmes, l'âge d'entrée en première union chez les hommes est resté quasiment constant des générations les plus anciennes (hommes de 45-49 ans) aux plus jeunes (hommes de 25-29 ans).

Le tableau 6.4 présente les âges médians à la première union en fonction des caractéristiques sociodémographiques des femmes et des hommes. Le milieu de résidence influence nettement le calendrier de la primo nuptialité en République Démocratique du Congo, les femmes du milieu urbain entrant en union plus tard que celles du milieu rural (19,2 ans contre 18,2 ans). Au niveau des provinces, l'âge médian d'entrée en première union varie d'un maximum de 21,2 ans chez les femmes de Kinshasa à un minimum de 17,6 ans dans la province du Kasaï Oriental. On note que la moitié des femmes de 25-49 ans des provinces de l'Est et du Sud de la République Démocratique du Congo entrent en union à un âge toujours plus précoce que dans les autres provinces, et ceci quel que soit le groupe d'âges considéré. Par ailleurs, le niveau d'instruction influence l'âge d'entrée en première union des femmes : plus elles sont instruites, plus leur âge d'entrée en union est tardif (18,1 ans chez les femmes âgées de 25-49 ans sans niveau instruction contre 19,7 ans pour les femmes ayant le niveau secondaire). Le niveau de vie du ménage constitue également une variable différentielle d'entrée en union des femmes. On constate que l'âge d'entrée en première union des femmes âgées de 25-49 ans est plus tardif dans les ménages ayant un niveau de vie élevé, l'âge médian passant de 18,4 ans chez les femmes des ménages les plus pauvres à 20,3 ans chez celles des ménages les plus riches.

Tableau 6.4 Âge médian à la première union

Âge médian à la première union des femmes de 20-49 ans, par âge actuel et âge médian à la première union des hommes de 30-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Groupe d'âges						Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49	30-49
Milieu de résidence								
Urbain	a	20,5	19,1	18,9	19,1	17,9	19,2	25,3
Rural	18,4	18,5	17,9	18,0	18,3	18,0	18,2	23,7
Province								
Kinshasa	a	23,7	21,1	20,9	20,1	17,9	21,2	27,7
Bas-Congo	a	20,0	19,3	20,3	19,5	(18,8)	19,6	25,3
Bandundu	19,8	20,3	20,1	18,4	19,6	19,5	19,6	25,5
Équateur	17,7	18,1	17,8	17,7	18,6	17,6	18,0	23,1
Orientale	17,5	17,9	17,6	17,4	18,5	18,0	17,8	22,1
Nord-Kivu	19,0	18,4	18,7	19,6	20,8	19,8	18,9	23,3
Sud-Kivu	18,2	19,0	19,8	18,1	19,0	18,8	18,8	24,0
Maniema	17,8	17,6	17,5	18,0	17,6	17,8	17,7	22,1
Katanga	19,6	19,1	18,4	17,9	17,7	17,3	18,2	24,3
Kasaï Oriental	18,5	18,3	16,9	18,3	17,2	16,9	17,6	23,9
Kasaï Occidental	18,0	18,3	17,0	18,4	17,8	16,8	17,9	23,5
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	18,2	18,4	17,9	18,2	17,7	18,1	18,1	24,7
Primaire	18,0	18,0	17,6	17,5	18,4	17,4	17,8	23,3
Secondaire	a	20,8	19,5	19,1	19,4	18,7	19,7	24,3
Supérieur	a	a	(27,6)	(28,7)	*	*	a	29,3
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	18,3	18,5	17,9	18,8	18,4	19,3	18,4	23,6
Second	18,6	18,9	18,6	17,9	18,3	17,1	18,3	23,5
Moyen	18,2	18,4	17,8	17,6	18,5	18,0	18,1	24,2
Quatrième	18,7	18,4	17,9	18,6	18,1	18,5	18,3	24,2
Le plus riche	a	22,8	20,1	19,8	19,9	17,4	20,3	26,9
Ensemble	19,1	19,0	18,5	18,4	18,5	18,0	18,6	24,3

Note : L'âge à la première union est défini comme étant l'âge auquel l'enquêté a commencé à vivre avec son premier époux/ partenaire
a = Non calculé parce que moins de 50 % des enquêtés ont commencé à vivre pour la première fois avec leur époux/ partenaire avant d'atteindre le début du groupe d'âges
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

En ce qui concerne les hommes, on note aussi des variations selon les caractéristiques sociodémographiques. Comme chez les femmes, ce sont ceux du milieu rural qui entrent en union le plus tôt (23,7 ans contre 25,3 ans en urbain). Des écarts importants sont constatés entre les provinces : c'est à Kinshasa que les hommes se marient le plus tard (27,7 ans) et, c'est au Maniema, dans la province Orientale et l'Équateur que l'âge d'entrée en première union est le plus précoce (respectivement, 22,1 et 23,1 ans). L'âge d'entrée en première union est beaucoup plus tardif chez les hommes ayant atteint le niveau supérieur (29,3 ans) ou qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche (26,9 ans) que parmi ceux qui sont sans instruction (24,7 ans) ou qui vivent dans un ménage classé dans le quintile le plus pauvre (23,6 ans).

6.3.2 Âge aux premiers rapports sexuels

L'âge aux premiers rapports sexuels est, de même que l'âge à la première union, un déterminant de la fécondité, les rapports sexuels n'ayant pas forcément lieu dans le cadre exclusif de l'union. Au cours de l'enquête, on a demandé aux hommes et aux femmes à quel âge ils/elles avaient eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Les résultats sont présentés au tableau 6.5.

Tableau 6.5 Âge aux premiers rapports sexuels

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre certains âges exacts, pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels et âge médian aux premiers rapports sexuels, selon l'âge actuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Pourcentage ayant déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact : 15	18	20	22	25	Pourcentage qui n'ont jamais eu de rapports sexuels	Effectif	Âge médian aux premiers rapports sexuels
FEMMES								
15-19	17,9	na	na	na	na	47,7	2 030	a
20-24	18,5	62,0	81,0	na	na	8,5	2 274	17,0
25-29	21,4	64,5	81,7	88,4	92,0	1,3	1 655	16,9
30-34	23,2	67,4	84,4	89,9	92,9	0,4	1 344	16,6
35-39	20,5	64,9	82,8	87,9	91,6	0,2	1 044	16,7
40-44	16,6	59,1	79,9	86,6	89,8	0,0	909	17,4
45-49	25,8	67,0	78,7	85,3	87,8	0,3	739	16,5
20-49	20,6	64,0	81,6	na	na	2,8	7 965	16,9
25-49	21,5	64,7	81,8	88,0	91,2	0,6	5 691	16,8
HOMMES								
15-19	18,3	na	na	na	na	49,3	988	a
20-24	17,0	54,6	82,2	na	na	9,1	869	17,6
25-29	13,7	53,1	76,0	85,5	93,6	4,0	651	17,7
30-34	11,2	49,5	67,8	80,1	89,5	0,5	568	18,0
35-39	9,0	49,5	66,5	79,0	88,6	1,0	483	18,0
40-44	9,1	53,6	74,0	85,3	92,7	0,3	400	17,8
45-49	15,7	46,7	70,0	82,7	91,2	0,0	357	18,2
20-49	13,1	51,7	73,9	na	na	3,4	3 328	17,9
25-49	11,7	50,7	71,0	82,5	91,2	1,4	2 458	17,9
25-59	11,8	49,2	70,6	82,1	91,1	1,2	2 899	18,1

na = Non applicable
a = Non calculé parce que moins de 50 % des enquêtés ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre le début du groupe d'âges

Parmi les femmes de 25-49 ans, 22 % avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans exacts. À 18 ans exacts, cette proportion est de 65 % et à 25 ans, la presque totalité des femmes (91 %) ont déjà eu leurs premiers rapports sexuels. Pour les femmes de 25-49 ans, l'âge médian aux premiers rapports sexuels s'établit à 16,8 ans. Il est très inférieur à l'âge médian d'entrée en première union (18,6 ans). Ainsi, chez les femmes congolaises, l'âge aux premiers rapports sexuels précéderait de 1,8 ans celui de l'entrée en première union. Les résultats selon le groupe d'âges des femmes font apparaître des variations irrégulières. Cependant, parmi les jeunes femmes de 15-24 ans, la proportion de celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels à un âge précoce est plus faible que parmi les femmes plus âgées (environ 18 % contre un maximum de 26 % à 45-49 ans). Les résultats concernant l'âge médian font d'ailleurs apparaître une légère tendance au vieillissement de l'âge aux premiers rapports sexuels des femmes des générations les plus anciennes aux plus récentes (16,5 ans parmi les femmes de 45-49 ans à 17,0 parmi celles de 20-24 ans.

Parmi les hommes de 25 à 49 ans, 12 % ont eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et plus d'un homme sur deux (51 %) avant 18 ans. À 25 ans exacts, cette proportion s'élève à 91 %. L'âge médian aux premiers rapports sexuels s'établit à 17,9 ans pour les hommes de 25-49 ans, soit environ un an plus tard que celui des femmes. L'écart entre l'âge médian aux premiers rapports sexuels et l'âge d'entrée en première union révèle que l'activité sexuelle chez les hommes précède largement le premier mariage. En effet, chez les hommes de 25-49 ans, la différence entre les deux âges médians est de 6,4 ans (17,9 ans pour les premiers rapports sexuels contre 24,3 ans pour la première union) alors qu'elle est de 1,8 an chez les femmes de 25-49 ans (16,8 ans contre 18,6 ans).

La comparaison des proportions par groupes d'âges montre que les premiers rapports sexuels sont plus précoces au sein des jeunes générations. Par exemple, à 18 ans exacts, 47 % des hommes de 45-49 ans avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels, contre 53 % des hommes de 25-29 ans. Au 20e anniversaire, la proportion passe, respectivement, de 70 % à 76 %. On constate donc chez les hommes, à l'opposé des femmes, un léger rajeunissement de l'âge médian aux premiers rapports sexuels (18,2 ans parmi ceux de 45-49 ans contre 17,6 ans parmi ceux de 20-24 ans).

Le tableau 6.6 présente les variations de l'âge médian selon certaines caractéristiques sociodémographiques. L'âge aux premiers rapports sexuels est plus précoce en milieu rural qu'en milieu urbain tant chez les femmes (16,3 ans contre 17,4 ans) que chez les hommes (17,9 ans contre 18,3 ans). L'écart entre l'âge aux premiers rapports sexuels du milieu urbain et du milieu rural est plus faible que ce que l'on a observé pour l'âge d'entrée en première union (1,8 ans). Cela pourrait s'expliquer par une activité sexuelle prénuptiale aussi fréquente en ville qu'en campagne.

Selon les provinces et concernant les femmes, l'âge médian aux premiers rapports sexuels varie d'un maximum de 17,8 ans au Sud-Kivu et 17,7 ans à Kinshasa à un minimum de 15,9 ans dans la province Orientale. Le niveau d'instruction influence aussi l'âge aux premiers rapports sexuels des femmes : plus elles sont instruites, plus elles ont tendance à avoir leurs premiers rapports sexuels à un âge tardif (16,6 ans pour les femmes sans instruction contre 19,4 ans pour celles ayant un niveau supérieur). En outre, les femmes des ménages les plus riches ont leurs premiers rapports sexuels un peu plus tard que les autres (17,6 ans contre 16,2 ans pour les plus pauvres). Chez les hommes, on constate aussi, mais de manière moins nette que chez les femmes, que l'élévation du niveau d'instruction va de pair avec un report de l'âge aux premiers rapports sexuels (âge médian de 17,3 ans parmi ceux sans instruction contre 19,0 ans parmi les plus instruits). Par contre, à la différence des femmes, il semble que le niveau de bien-être du ménage dans lequel ils vivent influence de manière moins importante l'âge auquel ils ont leurs premiers rapports sexuels.

Tableau 6.6 Âge médian aux premiers rapports sexuels

Âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 25-49 ans par âge actuel et âge médian aux premiers rapports sexuels des hommes de 25-59 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Groupe d'âges						Ensemble des femmes	Ensemble des hommes
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49	25-59
Milieu de résidence								
Urbain	17,7	17,4	17,2	17,5	17,6	17,1	17,4	18,3
Rural	16,6	16,4	16,0	16,1	17,2	16,2	16,3	17,9
Province								
Kinshasa	17,8	17,8	17,6	18,2	17,4	17,1	17,7	18,2
Bas-Congo	16,7	16,1	15,7	16,0	18,1	(16,9)	16,2	17,6
Bandundu	16,4	17,3	16,2	16,0	16,4	16,4	16,5	17,4
Équateur	16,2	16,1	16,5	16,3	17,3	15,8	16,4	17,5
Orientale	16,0	16,1	15,5	15,8	17,2	15,6	15,9	17,4
Nord-Kivu	17,1	15,9	17,0	17,8	16,8	18,1	17,1	18,3
Sud-Kivu	17,4	17,1	17,9	17,9	18,1	18,1	17,8	17,5
Maniema	17,3	16,8	16,9	17,3	16,4	16,8	16,8	18,7
Katanga	18,2	17,4	17,0	16,9	17,8	17,2	17,3	18,6
Kasaï Oriental	17,8	17,2	16,8	16,3	17,9	16,4	17,0	19,9
Kasaï Occidental	17,3	16,5	16,4	16,6	17,8	16,6	16,7	18,8
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	16,5	16,8	16,0	16,5	16,9	16,7	16,6	17,3
Primaire	16,4	16,0	16,0	16,0	17,0	15,9	16,1	17,9
Secondaire	17,7	17,7	17,2	17,6	17,9	17,5	17,6	18,0
Supérieur	19,5	19,4	(19,5)	(20,0)	*	*	19,4	19,0
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	16,5	16,6	15,8	15,9	16,6	16,1	16,2	17,4
Second	16,4	16,3	15,8	15,9	16,9	16,2	16,1	17,9
Moyen	16,9	16,8	16,7	16,4	17,8	16,3	16,8	18,1
Quatrième	17,1	17,0	16,6	17,6	17,4	17,2	17,1	18,5
Le plus riche	18,3	17,5	17,8	17,8	17,7	17,2	17,6	18,3
Ensemble	17,0	16,9	16,6	16,7	17,4	16,5	16,8	18,1

* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

6.4 ACTIVITÉ SEXUELLE RÉCENTE

En l'absence de pratique contraceptive, l'exposition au risque de grossesse est étroitement liée à la fréquence des rapports sexuels. Les tableaux 6.7.1 et 6.7.2 présentent la répartition des femmes et des hommes selon la durée écoulée depuis les derniers rapports sexuels en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 6.7.1 Activité sexuelle récente : Femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans en fonction du temps écoulé depuis leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Derniers rapports sexuels : Au cours des quatre dernières semaines	Au cours de la dernière année[1]	Il y a un an ou plus	N'a jamais eu de rapports sexuels	Total[2]	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-19	27,0	18,9	6,1	47,7	100,0	2 030
20-24	49,1	29,2	12,9	8,5	100,0	2 274
25-29	61,7	24,9	11,2	1,3	100,0	1 655
30-34	64,7	23,5	10,7	0,4	100,0	1 344
35-39	59,5	23,3	16,6	0,2	100,0	1 044
40-44	63,8	19,4	16,2	0,0	100,0	909
45-49	54,7	18,0	26,3	0,3	100,0	739
État matrimonial						
Célibataire	18,8	20,0	12,0	49,0	100,0	2 432
En union	68,3	23,5	7,6	0,0	100,0	6 622
Divorcée/séparée/veuve	19,3	30,6	49,7	0,0	100,0	941
Durée de l'union[3]						
0-4 ans	64,2	27,3	7,8	0,1	100,0	1 473
5-9 ans	66,2	25,6	7,8	0,0	100,0	1 241
10-14 ans	69,6	22,8	6,5	0,0	100,0	848
15-19 ans	73,8	17,9	7,8	0,0	100,0	687
20-24 ans	69,2	23,1	7,1	0,0	100,0	555
25 ans+	67,7	20,4	11,4	0,0	100,0	551
Mariée plus d'une fois	70,9	21,9	6,3	0,0	100,0	1 267
Milieu de résidence						
Urbain	47,0	24,1	12,3	16,1	100,0	4 540
Rural	55,5	22,6	12,8	8,5	100,0	5 455
Province						
Kinshasa	41,8	26,3	15,3	16,2	100,0	1 575
Bas-Congo	51,7	27,4	13,3	7,6	100,0	397
Bandundu	50,0	27,0	13,1	10,0	100,0	1 518
Équateur	57,4	23,5	10,8	7,6	100,0	1 235
Orientale	62,2	20,2	11,7	4,5	100,0	1 083
Nord-Kivu	61,9	12,9	10,2	14,9	100,0	356
Sud-Kivu	54,7	22,7	7,0	15,5	100,0	426
Maniema	50,5	22,6	15,0	11,9	100,0	314
Katanga	54,7	17,7	13,8	13,8	100,0	1 073
Kasaï Oriental	50,7	20,0	10,1	18,7	100,0	1 132
Kasaï Occidental	43,4	29,0	15,0	11,1	100,0	886
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	57,1	20,8	15,3	6,1	100,0	2 081
Primaire	55,0	22,8	11,0	10,7	100,0	3 851
Secondaire	45,9	25,0	12,5	16,1	100,0	3 802
Supérieur	41,8	25,7	16,1	16,5	100,0	261
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	54,3	21,5	16,3	7,7	100,0	1 798
Second	55,1	25,2	11,9	7,3	100,0	1 967
Moyen	55,8	22,6	10,6	10,0	100,0	2 043
Quatrième	49,0	25,8	10,6	13,9	100,0	1 888
Le plus riche	44,9	21,6	13,8	19,4	100,0	2 300
Ensemble	51,6	23,3	12,6	12,0	100,0	9 995

[1] Non compris les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines
[2] Y comprise le non déterminés
[3] Non compris les femmes qui ne sont pas actuellement en union

Tableau 6.7.2 Activité sexuelle récente : Hommes

Répartition (en %) des hommes en fonction du temps écoulé depuis leurs derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Derniers rapports sexuels : Au cours des quatre dernières semaines	Au cours de la dernière année[1]	Il y a un an ou plus	N'a jamais eu de rapports sexuels	Total[2]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-19	23,0	19,5	7,9	49,3	100,0	988
20-24	47,4	29,3	13,9	9,1	100,0	869
25-29	66,4	22,0	6,9	4,0	100,0	651
30-34	71,6	21,1	6,4	0,5	100,0	568
35-39	77,0	15,8	5,6	1,0	100,0	483
40-44	73,2	16,1	7,8	0,3	100,0	400
45-49	73,8	17,9	7,9	0,0	100,0	357
État matrimonial						
Célibataire	29,2	25,3	12,2	33,0	100,0	1 816
En union	79,8	16,2	3,1	0,0	100,0	2 279
Divorcé/séparé/veuf	25,5	38,9	34,2	0,6	100,0	221
Durée de l'union[3]						
0-4 ans	78,1	18,2	3,2	0,0	100,0	529
5-9 ans	81,2	14,0	3,9	0,0	100,0	450
10-14 ans	78,6	15,9	4,7	0,0	100,0	341
15-19 ans	82,3	15,7	1,9	0,0	100,0	246
20-24 ans	81,0	16,5	2,5	0,0	100,0	184
25 ans+	74,1	18,4	6,8	0,0	100,0	88
Marié plus d'une fois	80,6	16,0	1,1	0,0	100,0	440
Milieu de résidence						
Urbain	48,6	25,2	9,6	16,1	100,0	1 890
Rural	61,3	18,1	7,7	12,3	100,0	2 426
Province						
Kinshasa	42,4	28,6	11,7	16,9	100,0	637
Bas-Congo	57,2	24,6	8,0	10,1	100,0	177
Bandundu	59,8	16,3	8,5	15,1	100,0	663
Équateur	62,0	22,2	5,1	10,3	100,0	571
Orientale	63,1	18,5	7,0	10,1	100,0	496
Nord-Kivu	64,0	15,5	9,8	10,5	100,0	126
Sud-Kivu	61,0	22,6	5,0	11,4	100,0	165
Maniema	60,3	18,3	8,8	12,7	100,0	125
Katanga	55,4	21,1	6,8	14,8	100,0	508
Kasaï Oriental	53,4	19,7	9,5	16,8	100,0	463
Kasaï Occidental	48,3	21,7	12,5	16,9	100,0	386
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	64,5	16,3	5,1	13,6	100,0	234
Primaire	56,4	18,2	6,2	18,2	100,0	1 262
Secondaire	54,7	22,0	10,0	12,7	100,0	2 542
Supérieur	54,6	31,2	8,0	5,8	100,0	278
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	60,5	17,5	8,2	12,8	100,0	769
Second	60,2	19,5	6,6	13,6	100,0	786
Moyen	59,1	18,1	8,8	13,2	100,0	999
Quatrième	55,2	23,6	8,2	12,1	100,0	806
Le plus riche	45,3	26,8	10,3	17,4	100,0	956
Ensemble 15-49 ans	55,8	21,2	8,5	13,9	100,0	4 316
Hommes 50-59 ans	66,3	21,3	12,2	0,1	100,0	441
Ensemble 15-59 ans	56,7	21,2	8,8	12,6	100,0	4 757

[1] Non compris les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 4 dernières semaines
[2] Y comprise le non déterminés
[3] Non compris les hommes qui ne sont pas actuellement en union

Dans l'ensemble, on constate que 12 % des femmes n'avaient jamais eu de rapports sexuels au moment de l'enquête. Pour plus d'une femme sur deux (52 %), les derniers rapports sexuels avaient eu lieu au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête ; dans 23 % des cas, ces derniers rapports

sexuels avaient eu lieu dans la dernière année. On constate que la proportion de femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels diminue rapidement avec l'âge. À l'opposé, celle des femmes sexuellement actives (au cours des quatre dernières semaines) augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans, passant de 27 % à 15-19 ans à 49 % à 20-24 ans et à un maximum de 65 % à 30-34 ans. Le niveau de l'activité sexuelle récente varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques des enquêtées. La proportion de femmes ayant eu une activité sexuelle récente est plus élevée parmi les femmes en union que parmi les autres (68 % contre 19 % parmi les célibataires et parmi celles en rupture d'union). On note aussi une proportion de femmes sexuellement actives plus faible quand l'union est récente et ne dure que depuis 0-4 ans (64 % contre un maximum de 74 % à la durée 15-19 ans). Parmi les femmes mariées plus d'une fois, la proportion de celles qui sont sexuellement actives est élevée (71 %). Les résultats selon les autres caractéristiques ne font pas apparaître de variations importantes. Tout au plus peut-on remarquer que c'est dans la province Orientale et au Nord-Kivu (62 % dans les deux cas) que l'on constate les proportions les plus élevées de femmes ayant déclaré avoir été sexuellement actives durant les quatre dernières semaines et qu'à l'opposé, c'est à Kinshasa (42 %) et au Kasaï Occidental (43 %) que ces proportions sont les plus faibles. Rappelons que c'est aussi dans la province Orientale que l'âge médian aux premiers rapports sexuels est le plus précoce (15,9 ans) et dans celle de Kinshasa qu'il est le plus tardif (17,7 ans.).

Dans l'ensemble, plus d'un homme sur deux (57 %) avait été sexuellement actifs au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête, soit une proportion plus élevée que les femmes. Un quart des hommes (21 %) avait été sexuellement actif au cours de l'année ayant précédé l'enquête et, pour 9 % des hommes, les derniers rapports sexuels avaient eu lieu il y a une année ou plus. En outre, on note que 13 % des hommes n'avaient jamais eu de rapports sexuels. La proportion d'hommes sexuellement actifs au cours des quatre dernières semaines est très élevée dans tous les groupes d'âges, en particulier à partir de 30-34 ans puisque plus de sept hommes sur 10 sont concernés. On constate que c'est parmi les hommes en union que la proportion de ceux qui ont été sexuellement actifs au cours des quatre dernières semaines est la plus élevée (80 % contre 26 % parmi ceux en rupture d'union et 29 % parmi les célibataires).

6.5 EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Après la naissance d'un enfant, l'exposition au risque de grossesse dépend, entre autres facteurs, du retour de l'ovulation et de l'abstinence sexuelle ou abstinence post-partum. Le temps écoulé entre l'accouchement et le retour de l'ovulation qui constitue l'aménorrhée post-partum, est estimé ici par la longueur de l'intervalle séparant la naissance d'un enfant et le retour des règles. Par ailleurs, cette durée peut être influencée par l'intensité, la fréquence et la durée de l'allaitement au sein. L'examen de ces facteurs, dans cette section, permet d'identifier les femmes non-susceptibles d'être exposées au risque de grossesse et d'évaluer la durée de la non-susceptibilité. Une femme est considérée comme non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse quand elle n'a pas repris les rapports sexuels depuis la dernière naissance (elle ne peut pas tomber enceinte), ou quand elle est en aménorrhée post-partum, ce qui signifie que ses risques de tomber enceinte sont minimes si elle reprend ses relations sexuelles sans couverture contraceptive. La non-susceptibilité se définit comme la période pendant laquelle une femme n'est pratiquement pas soumise au risque de grossesse par suite d'aménorrhée et/ou d'abstinence post-partum.

Les données du tableau 6.8 se rapportent aux naissances des 3 dernières années dont la mère est encore en aménorrhée, en abstinence post-partum et donc non-susceptible d'être exposée au risque de grossesse, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance. La distribution de la proportion de naissances selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance est analogue à la série des survivants (Sx) d'une table de mortalité. Le tableau présente également les durées médiane et moyenne de l'aménorrhée, de l'abstinence et de la non-susceptibilité.

En République Démocratique du Congo, pour 71 % des naissances survenues au cours des trois années précédant l'enquête, les mères sont restées 4 à 5 mois en aménorrhée après l'accouchement. Pour 42 % des naissances, les mères ont attendu au moins 12 à 13 mois avant le retour des règles. Après 22-23 mois, le pourcentage de naissances dont les mères sont toujours en aménorrhée n'est que de 11 % ou moins. La durée médiane de l'aménorrhée post-partum est de 10,5 mois et sa valeur moyenne se situe à 12,0 mois. La durée, l'intensité et la fréquence de l'allaitement exclusif qui agissent sur le retour de l'ovulation (Voir Chapitre 11 - Nutrition), expliqueraient, en partie, ces durées relativement longues.

Tableau 6.8 Aménorrhée, abstinence et insusceptibilité post-partum

Pourcentage de naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête dont les mères sont en aménorrhée, en abstinence et en insusceptibilité post-partum, selon le nombre de mois écoulés depuis la naissance et durées médiane et moyenne, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage de naissances pour lesquelles la mère est :			
Nombre de mois depuis la naissance	En aménorrhée	En abstinence	En insusceptibilité[1]	Effectif de naissances
< 2	95,2	89,8	99,0	291
2-3	81,4	61,0	86,1	354
4-5	71,2	46,4	83,4	335
6-7	64,6	34,2	72,0	321
8-9	64,6	30,5	70,2	275
10-11	45,8	26,1	55,9	271
12-13	42,0	23,6	49,8	384
14-15	25,9	23,3	39,2	331
16-17	25,7	19,0	36,7	295
18-19	17,1	13,1	25,6	263
20-21	16,4	11,4	23,5	216
22-23	11,2	15,4	22,7	270
24-25	5,4	10,8	14,0	398
26-27	6,2	5,6	10,7	368
28-29	3,8	8,5	9,7	336
30-31	3,1	1,4	3,6	226
32-33	1,5	2,4	3,6	253
34-35	3,9	4,7	8,2	246
Ensemble	33,6	24,6	40,9	5 433
Médiane	10,5	4,2	12,1	na
Moyenne	12,0	8,8	14,5	na

Note : Les calculs sont basés sur le statut au moment de l'enquête.
[1] Y compris les naissances pour lesquelles les mères sont encore, soit en aménorrhée, soit en abstinence, (ou les deux), à la suite d'une naissance
na = Non applicable

Les données de l'enquête montrent aussi que l'abstinence post-partum est pratiquée en République Démocratique du Congo pendant une période relativement longue : plus de trois femmes sur cinq (61 %) n'avaient pas encore repris les rapports sexuels 2-3 mois après la naissance de leur dernier enfant ; 8-9 mois après la naissance, 31 % des mères sont encore en abstinence. Dans l'ensemble, la durée médiane de l'abstinence post-partum s'établit à 4,2 mois et, en moyenne, les mères ne reprennent les relations sexuelles que 8,8 mois après l'accouchement. La comparaison de ces résultats à ceux concernant l'aménorrhée montre que la période d'insusceptibilité est essentiellement déterminée par l'aménorrhée. En effet, la période de retour de couches est plus longue que celle de l'abstinence post-partum.

Enfin, pour 41 % des naissances survenues au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête, les mères sont en période d'insusceptibilité post-partum. Cette période dure en moyenne 14,5 mois et pour 50 % des naissances, les mères ne sont pas susceptibles de tomber enceintes pendant 12,1 mois.

Tableau 6.9 Durée médiane de l'insusceptibilité post-partum

Durées médianes (en mois) d'aménorrhée, d'abstinence et d'insusceptibilité post-partum, suivant une naissance survenue au cours des trois années ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Aménorrhée post-partum	Abstinence post-partum	Insusceptibilité post-partum[1]
Âge de la mère			
15-29	10,2	4,5	12,3
30-49	10,8	3,6	11,8
Milieu de résidence			
Urbain	8,5	4,1	9,7
Rural	11,5	4,3	14,2
Province			
Kinshasa	8,4	4,1	9,8
Bas-Congo	10,3	4,4	11,9
Bandundu	13,6	4,7	16,1
Équateur	11,4	5,3	16,1
Orientale	10,4	3,9	11,4
Nord-Kivu	10,8	2,2	11,4
Sud-Kivu	11,3	2,1	11,6
Maniema	8,6	10,9	13,0
Katanga	5,7	3,7	7,4
Kasaï Oriental	9,8	3,1	10,1
Kasaï Occidental	12,1	7,1	14,9
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	11,6	4,5	14,1
Primaire	10,7	4,3	12,9
Secondaire	9,3	4,0	10,6
Supérieur	3,0	2,3	6,5
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	11,9	4,0	18,1
Second	11,8	4,8	13,9
Moyen	9,7	4,1	10,3
Quatrième	11,1	5,1	11,8
Le plus riche	6,3	2,7	8,4
Ensemble	10,5	4,2	12,1

Note : Les médianes sont basées sur le statut actuel.
[1] Y compris les naissances pour lesquelles les mères sont encore, soit en aménorrhée, soit en abstinence, (ou les deux), à la suite d'une naissance

Le tableau 6.9 présente les durées médianes d'aménorrhée, d'abstinence post-partum et d'insusceptibilité selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes. Les différentes durées varient peu avec l'âge des mères. Selon le milieu de résidence, on constate que les durées d'aménorrhée et d'insusceptibilité sont plus longues en milieu rural qu'en milieu urbain. Ces différences, surtout celles de l'aménorrhée, pourraient s'expliquer, en partie, par une durée d'allaitement au sein plus courte en ville qu'en milieu rural. Au niveau provincial, la durée de l'aménorrhée post-partum varie d'un minimum de 5,7 mois au Katanga à un maximum de 13,6 mois au Bandundu. Le niveau d'instruction et celui du bien-être économique influent également sur la longueur de l'aménorrhée : respectivement de 11,6 mois et de 11,9 mois chez les femmes sans instruction et chez celles des ménages les plus pauvres, cette durée est de 3,0 mois chez les femmes de niveau supérieur et de 6,3 mois chez les femmes des ménages les plus riches. En ce qui concerne la durée d'abstinence, les résultats de l'enquête montrent que les plus faibles valeurs sont observées dans les provinces du Sud-Kivu (2,1 mois) et du Nord-Kivu (2,2 mois) et les plus grandes au Maniema (10,9 mois) et au Kasaï Occidental (7,1 mois). En ce qui concerne l'abstinence post-partum, on constate qu'après l'accouchement, les femmes instruites, surtout celles du niveau supérieur, ont tendance à reprendre les relations sexuelles plus rapidement que les femmes sans instruction. Comme on pouvait s'y attendre, la période d'insusceptibilité post-partum chez les parturientes en RDC est largement influencée par la durée de l'aménorrhée. Cette dernière est, à son tour, essentiellement influencée par la durée d'allaitement maternel.

Le tableau 6.10 présente la fin d'exposition au risque de grossesse pour les femmes de 30-49 ans. Il donne la proportion de femmes en ménopause, c'est-à-dire la proportion des femmes actuellement en union qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée post-partum, mais qui n'ont pas eu de règles pendant au moins six mois avant l'enquête ou qui se sont déclarées en ménopause.

La prévalence de la ménopause chez les femmes de 30-49 ans est de 12 %. Elle augmente rapidement avec l'âge, passant de 2 % à 30-34 ans, 25 % à 44-45 ans, pour atteindre 59 % à 48-49 ans. On peut constater qu'aux âges où généralement les femmes sont encore fécondes, une proportion non négligeable s'est déclarée en ménopause : 13 % à 42-43 ans, 25 % à 44-45 ans et 37 % à 46-47 ans.

Tableau 6.10 Ménopause

Pourcentage de femmes de 30-49 ans en ménopause selon l'âge, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Pourcentage de femmes en ménopause[1]	Effectif de femmes
30-34	1,8	1 344
35-39	2,6	1 044
40-41	6,8	368
42-43	12,5	388
44-45	25,4	305
46-47	36,8	278
48-49	59,3	310
Ensemble	12,1	4 036

[1] Pourcentage de femmes qui ne sont ni enceintes, ni en aménorrhée post-partum et dont les dernières règles ont eu lieu 6 mois ou plus avant l'enquête

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ 7

L'objectif des questions sur les préférences en matière de fécondité consiste à évaluer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, et de mesurer les besoins futurs en matière de contraception, non seulement, pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. Le sujet a été abordé dans l'EDS-RDC par le biais de questions relatives au désir de la femme d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir, au délai d'attente avant d'avoir le prochain enfant et enfin au nombre total d'enfants désirés.

Rappelons que les données sur les attitudes et les opinions vis-à-vis de la procréation ont toujours été un sujet de controverse. En effet, certains chercheurs pensent que les réponses aux questions sur les préférences en matière de fécondité soit reflètent des points de vue éphémères qui sont exprimés sans beaucoup de conviction, ou ne tiennent pas compte de l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille, particulièrement de celles du mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction. De plus, ces données sont obtenues à partir d'un échantillon de femmes de différents âges et vivant des moments différents de leur histoire génésique. Pour les femmes en début d'union, les réponses sont liées à des objectifs à moyen ou long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont incertaines. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont inévitablement influencées par leur histoire génésique.

Malgré les problèmes d'interprétation des résultats sur les préférences en matière de fécondité, ce chapitre peut aider à comprendre les facteurs qui affectent la fécondité en République Démocratique du Congo, où la prévalence contraceptive demeure faible et où les niveaux de la fécondité restent très élevés. L'analyse qui suit, porte exclusivement sur les femmes et les hommes en union au moment de l'enquête.

7.1 DÉSIR D'ENFANTS SUPPLÉMENTAIRES

Le désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir est généralement lié à l'âge de la femme, au nombre de ses enfants actuellement en vie et/ou de ceux du couple. Des questions ont été posées aux femmes et aux hommes actuellement en union pour obtenir des informations sur leurs attitudes quant au désir d'espacer leur prochaine naissance ou au désir de ne plus avoir d'enfants. Les résultats présentés au tableau 7.1 et au graphique 7.1 montrent que près d'une femme sur cinq (19 %) ont répondu qu'elles ne désiraient plus d'enfants tandis que près de sept femmes sur 10 (69 %) ont déclaré en vouloir davantage. Parmi ces dernières, plus de la moitié (38 %) désiraient espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus. Ainsi, peuvent être considérées comme des candidates potentielles à la planification familiale, 57 % des femmes composées de : 1) celles ne voulant plus d'enfants (19 %) et 2) celles désirant espacer leurs naissances pour une période d'au moins 2 ans (38 %).

Tableau 7.1 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

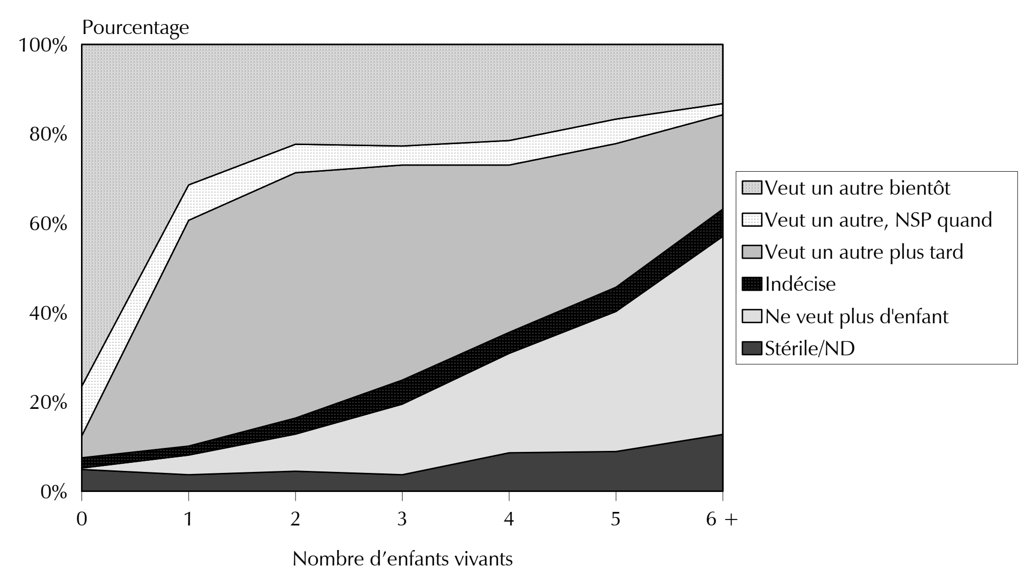
Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans, actuellement en union, par nombre d'enfants vivants, selon le désir d'enfants supplémentaires, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble 15-49	Ensemble des hommes 15-59
	0	1	2	3	4	5	6+		
FEMMES									
Veut un autre bientôt[2]	76,5	31,4	22,3	22,7	21,5	16,7	13,2	25,1	na
Veut un autre plus tard[3]	4,9	50,5	54,9	48,1	37,5	32,2	21,1	38,3	na
Veut un autre, NSP quand	11,1	7,9	6,4	4,3	5,5	5,5	2,5	5,7	na
Indécise	2,3	2,0	3,6	5,4	4,7	5,4	6,1	4,3	na
Ne veut plus d'enfant	0,3	3,9	7,9	15,3	20,5	30,6	43,0	18,9	na
Stérilisée[4]	0,0	0,5	0,4	0,5	1,8	0,8	1,3	0,8	na
S'est déclarée stérile	4,5	3,7	4,2	3,7	8,4	8,7	12,4	6,7	na
Manquant	0,4	0,0	0,3	0,0	0,2	0,2	0,3	0,2	na
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	na
Effectif	457	1 100	1 192	997	810	756	1 311	6 622	na
HOMMES									
Veut un autre bientôt[2]	55,5	36,5	29,6	32,5	26,4	21,6	26,5	30,6	29,0
Veut un autre plus tard[3]	16,4	48,0	58,8	46,5	44,9	46,3	40,3	44,8	39,3
Veut un autre, NSP quand	8,8	7,7	2,2	6,0	6,3	4,6	2,7	4,8	4,7
Indécis	8,6	4,1	4,6	3,2	7,9	6,2	5,0	5,3	5,7
Ne veut plus d'enfant	5,5	2,3	3,6	11,6	14,4	18,3	24,2	13,0	17,7
Stérilisé[4]	0,5	0,2	0,3	0,2	0,0	0,5	0,2	0,2	0,3
S'est déclaré stérile	4,8	1,3	0,5	0,0	0,1	2,1	1,0	1,1	3,2
Manquant	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	160	298	358	359	237	300	566	2 279	2 687

[1] Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle de la femme
[2] Veut une autre naissance dans les deux ans
[3] Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus
[4] Y compris la stérilisation féminine et masculine
na = Non applicable

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de femmes en union qui ne veulent plus d'enfants augmente régulièrement avec le nombre d'enfants vivants (graphique 7.1) : elle passe de moins de 1 % chez les femmes qui n'ont aucun enfant à 15 % chez celles en ayant déjà trois et à 43 % chez celles qui en ont au moins six. De même, on note que la quasi-totalité des femmes nullipares (93 %) souhaitent avoir un enfant, soit immédiatement (77 %), soit un peu plus tard (16 %). Chez les femmes ayant déjà un enfant, le désir d'en avoir un autre est aussi important que chez les nullipares (90 %). Mais, contrairement à ces dernières, la majorité des primipares souhaitent attendre au moins deux ans avant la prochaine naissance (51 %). En outre, au fur et à mesure que la parité augmente, la proportion de femmes désirant un autre enfant diminue au profit de celles qui n'en veulent plus. En effet, le pourcentage de femmes qui désirent d'autres enfants passe de 93 % chez celles n'ayant aucun enfant à 75 % chez celles qui en ont déjà trois et à 37 % chez les femmes qui ont six enfants ou plus.

Graphique 7.1 Désir d'enfants supplémentaires des femmes en union selon le nombre d'enfants vivants



En ce qui concerne les hommes de 15-49 ans, 13 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, soit une proportion plus faible que celle observée chez les femmes (19 %). Cette proportion concerne 18 % des hommes de 15-59 ans. Les hommes en union sont donc, proportionnellement, plus nombreux que leurs femmes à souhaiter d'autres enfants. Comme chez les femmes, la proportion d'hommes désirant avoir d'autres enfants diminue avec le nombre d'enfants vivants, passant de 92 % à la parité 1, à 78 % à la parité 4 et à 70 % à la parité 6 ou plus. Chez les hommes en union, le besoin potentiel en matière de planification familiale est aussi important que chez les femmes. En effet, 18 % des hommes ne veulent plus d'enfants et 39 % désirent espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

Les tableaux 7.2.1 et 7.2.2 présentent les proportions de femmes et d'hommes en union qui ne désirent plus avoir d'enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques et selon le nombre d'enfants vivants. On observe au tableau 7.2.1 que les femmes ne désirant plus d'enfants sont proportionnellement plus nombreuses en milieu urbain (23 %) qu'en milieu rural (17 %). Les différences entre provinces sont très marquées. En effet, dans les provinces du Kasaï Oriental (14 %), du Kasaï Occidental (15 %) et du Bandundu (15 %), les femmes sont proportionnellement moins nombreuses à ne plus souhaiter d'enfants. À l'opposé, plus de trois femmes sur dix dans la ville province de Kinshasa (31 %) et au Nord-Kivu (33 %) souhaitent limiter la taille de leur famille. En particulier, dans le Nord-Kivu, 18 % des femmes ayant 2 enfants souhaitent déjà limiter leur descendance. En fonction du niveau d'instruction, on ne constate pas d'écart important. Entre les femmes sans instruction et celles de niveau primaire, il n'y a même pratiquement aucun écart (19 % dans les deux cas). Cependant, à partir de la parité trois, on constate que la proportion de femmes de niveau primaire qui souhaitent limiter leurs naissances est toujours inférieure à celle des femmes de niveau secondaire : par exemple, à la parité 4, la proportion de femmes de niveau primaire qui ne veulent plus d'enfants est de 22 % contre 24 % parmi celles de niveau secondaire. À la parité 5, ces proportions sont respectivement de 28 % et 36 %. Le niveau de vie du ménage dans lequel vit la femme apparaît comme un facteur favorisant le désir de ne plus avoir d'enfants. En effet, les femmes des ménages les plus riches ont plus que les autres exprimé le désir de ne plus avoir d'enfants : 27 % des femmes du quintile le plus riche et 22 % de celles du quatrième quintile contre 15 % des femmes vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre.

Tableau 7.2.1 Désir de limiter les naissances : Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actuellement en union, ne voulant plus d'enfants, par nombre d'enfants vivants, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble de femmes
	0	1	2	3	4	5	6+	
Milieu de résidence								
Urbain	0,3	5,3	9,4	19,9	26,2	38,9	51,5	23,3
Rural	0,3	3,8	7,6	13,0	19,8	25,6	39,8	17,3
Province								
Kinshasa	(0,0)	9,7	9,9	18,6	41,2	57,0	77,6	30,6
Bas-Congo	*	4,1	6,3	25,4	29,5	(54,6)	53,1	24,2
Bandundu	(0,6)	3,3	2,7	12,4	11,5	22,7	42,7	15,1
Équateur	1,3	2,8	11,6	13,4	26,9	21,4	58,5	22,4
Orientale	0,1	3,2	14,4	16,1	(16,6)	29,3	34,9	16,3
Nord-Kivu	(0,0)	9,9	18,4	19,3	42,5	55,1	56,6	32,8
Sud-Kivu	(0,0)	0,0	4,0	16,9	20,4	32,8	53,8	22,7
Maniema	(0,0)	2,8	6,4	13,1	23,8	22,6	43,9	16,8
Katanga	(0,0)	7,0	6,5	20,6	27,3	33,8	34,2	20,0
Kasaï Oriental	(0,0)	2,3	1,1	7,1	9,6	24,4	34,2	14,2
Kasaï Occidental	(0,0)	3,0	12,2	17,3	13,6	23,2	28,1	14,9
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	0,5	2,1	9,0	15,9	20,5	27,2	41,0	19,0
Primaire	0,3	5,0	8,7	14,7	21,9	28,1	41,3	19,2
Secondaire	0,1	5,1	7,5	16,1	23,9	36,3	53,0	20,9
Supérieur	*	(7,4)	*	*	*	*	*	18,0
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	0,0	3,2	5,4	13,0	23,2	22,8	33,3	15,1
Second	0,7	4,8	6,2	11,8	19,6	32,7	39,7	17,7
Moyen	0,0	2,4	12,3	14,3	18,5	17,5	45,6	17,5
Quatrième	0,8	4,2	9,7	18,7	17,0	38,0	47,6	22,2
Le plus riche	0,0	7,9	7,4	22,2	35,6	50,5	56,2	27,4
Ensemble 15-49 ans	0,3	4,4	8,3	15,8	22,3	31,4	44,3	19,7

Note : Les femmes stérilisées sont considérées comme ne voulant plus d'enfant.
[1] Y compris la grossesse actuelle
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 7.2.2 présente les résultats concernant les hommes. Comme chez les femmes, mais avec des écarts plus importants, on remarque que le milieu de résidence influe sur le désir de limiter les naissances. En effet, en milieu urbain, 19 % des hommes contre 10 % en milieu rural ont déclaré vouloir limiter leur nombre d'enfants. Par contre, à la différence des femmes, on constate que le niveau d'instruction des hommes influence de manière importante leur désir de limiter la taille de leur famille puisque parmi les hommes les plus instruits, la proportion qui souhaitent ne plus avoir d'enfants est plus de trois fois plus élevée que celle observée parmi ceux qui n'ont pas d'instruction (29 % contre 9 %). On note enfin que le désir de limiter les naissances varie positivement avec le niveau de vie socio-économique des ménages (8 % dans le quintile le plus pauvre contre 26 % dans le plus riche).

Tableau 7.2.2 Désir de limiter les naissances : Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans, actuellement en union, ne voulant plus d'enfants, par nombre d'enfants vivants, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble d'hommes
	0	1	2	3	4	5	6+	
Milieu de résidence								
Urbain	8,5	5,6	5,2	15,8	20,2	31,6	33,4	18,6
Rural	3,5	0,2	2,8	9,6	10,6	10,7	19,0	9,7
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	*	(0,0)	(5,1)	*	*	*	(21,9)	9,4
Primaire	2,1	2,7	1,9	8,8	9,7	16,8	24,4	11,6
Secondaire	8,1	2,5	2,7	12,1	13,6	17,2	22,1	12,5
Supérieur	*	(2,5)	(16,3)	(26,7)	(40,9)	(42,6)	(61,0)	29,0
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	(0,0)	0,0	0,6	7,7	3,7	15,1	16,5	7,8
Second	(9,9)	1,5	2,1	5,2	(13,8)	12,9	17,6	9,4
Moyen	(0,0)	4,0	2,8	13,8	12,6	14,6	16,0	10,5
Quatrième	(7,7)	1,7	5,4	15,8	8,8	(17,4)	30,7	15,6
Le plus riche	(11,1)	3,5	9,9	19,8	38,0	(40,9)	50,4	25,6
Ensemble 15-49 ans	6,0	2,4	3,8	11,8	14,4	18,8	24,4	13,2
Hommes 50-59 ans	*	*	*	(23,7)	(44,6)	(43,9)	48,1	44,6
Ensemble 15-59 ans	5,7	2,9	6,0	12,8	17,8	21,7	32,2	18,0

Note : Les hommes qui ont été stérilisés ou qui ont déclaré que leur femme/partenaire était stérilisée sont considérés comme ne voulant plus d'enfant.
[1] Y compris la grossesse actuelle de la femme
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

7.2 BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (limitation des naissances) ou vouloir attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant (espacement des naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception. La demande potentielle totale en planification familiale est constituée par l'ensemble de ces femmes qui ont des besoins non satisfaits et de celles qui utilisent actuellement la contraception.

Le tableau 7.3 présente pour les femmes actuellement en union les estimations des besoins non satisfaits, des besoins satisfaits et de la demande totale en matière de planification familiale selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 7.3 Besoins en matière de planification familiale

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actuellement en union, ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de celles dont les besoins sont satisfaits, pourcentage de demande potentielle totale de services de planification familiale et pourcentage de demande satisfaite, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale[1]			Besoins satisfaits en matière de planification familiale (utilisation actuelle)[2]			Demande potentielle totale de planification familiale			Pourcentage de demande satisfaite	Effectif de femmes
	Pour espacer	Pour limiter	Ensemble	Pour espacer	Pour limiter	Ensemble	Pour espacer	Pour limiter	Ensemble		
Groupe d'âges											
15-19	24,2	2,0	26,2	13,2	1,3	14,5	37,4	3,4	40,7	35,7	457
20-24	27,8	2,1	29,8	16,0	2,5	18,5	43,8	4,6	48,3	38,3	1 484
25-29	22,9	3,2	26,1	19,2	3,3	22,5	42,1	6,5	48,6	46,3	1 330
30-34	21,7	5,0	26,8	12,9	8,3	21,2	34,6	13,3	48,0	44,2	1 160
35-39	15,9	8,9	24,9	12,6	14,9	27,6	28,6	23,9	52,4	52,6	892
40-44	6,7	11,0	17,6	7,5	13,2	20,6	14,1	24,2	38,3	53,9	734
45-49	2,4	4,9	7,3	3,1	11,8	14,9	5,5	16,7	22,2	67,1	567
Milieu de résidence											
Urbain	19,4	5,5	24,9	17,1	9,8	27,0	36,5	15,3	51,8	52,0	2 669
Rural	19,4	4,6	24,0	10,9	5,5	16,4	30,3	10,1	40,4	40,6	3 954
Province											
Kinshasa	18,3	5,2	23,5	25,0	16,9	41,9	43,3	22,1	65,4	64,0	737
Bas-Congo	18,9	3,8	22,7	28,8	10,7	39,5	47,7	14,5	62,2	63,5	259
Bandundu	22,1	2,8	24,9	18,5	7,8	26,2	40,5	10,6	51,1	51,3	971
Équateur	22,1	7,6	29,7	8,3	7,7	16,0	30,4	15,3	45,7	35,0	866
Orientale	16,8	5,4	22,2	8,0	3,9	11,8	24,7	9,3	34,0	34,8	837
Nord-Kivu	25,1	7,5	32,6	9,7	13,5	23,2	34,8	20,9	55,8	41,6	232
Sud-Kivu	24,2	7,0	31,1	7,4	6,4	13,8	31,5	13,4	44,9	30,7	271
Maniema	15,4	5,7	21,1	11,6	5,8	17,3	26,9	11,5	38,4	45,1	243
Katanga	16,7	5,0	21,7	12,8	7,1	19,9	29,5	12,2	41,7	47,9	710
Kasaï Oriental	17,7	4,0	21,7	8,5	2,9	11,3	26,1	6,9	33,1	34,3	811
Kasaï Occidental	19,0	3,5	22,5	11,9	2,3	14,2	30,9	5,8	36,7	38,7	686
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	15,4	5,9	21,3	7,6	4,3	11,8	23,0	10,2	33,1	35,7	1 592
Primaire	18,9	4,6	23,5	11,6	6,7	18,3	30,4	11,3	41,8	43,8	2 747
Secondaire	23,2	4,9	28,2	19,3	9,9	29,2	42,5	14,8	57,3	50,9	2 183
Supérieur	12,1	1,5	13,7	29,1	10,9	40,0	41,2	12,5	53,7	74,5	100
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	20,9	3,8	24,6	10,1	4,2	14,3	31,0	8,0	38,9	36,7	1 262
Second	17,8	5,7	23,4	10,2	4,8	15,1	28,0	10,5	38,5	39,1	1 473
Moyen	19,7	5,1	24,8	11,6	5,0	16,6	31,3	10,1	41,4	40,0	1 468
Quatrième	19,8	5,4	25,2	13,4	8,8	22,2	33,3	14,2	47,5	46,8	1 289
Le plus riche	18,9	4,7	23,6	23,6	14,9	38,6	42,5	19,7	62,2	62,0	1 129
Ensemble	19,4	5,0	24,4	13,4	7,2	20,6	32,8	12,2	45,0	45,9	6 622

[1] Les besoins non satisfaits pour espacer concernent les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale et dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu ; les femmes fécondes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance. Sont également incluses dans les besoins non satisfaits pour espacer, les femmes fécondes qui n'utilisent pas actuellement de méthode de planification familiale et qui déclarent qu'elles ne sont pas sûres de vouloir un autre enfant ou qui veulent un autre enfant mais ne savent pas à quel moment elles veulent avoir cet enfant, à moins qu'elles déclarent que ce ne serait pas un problème si elles apprenaient qu'elles étaient enceintes dans les semaines à venir. Les besoins non satisfaits pour limiter concernent les femmes enceintes dont la grossesse n'était pas souhaitée, les femmes en aménorrhée qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale dont la dernière naissance n'était pas voulue et qui ne veulent plus d'enfants et les femmes fécondes qui ne sont, ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode de planification familiale et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

[2] L'utilisation pour espacer concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir un autre enfant ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir un autre. L'utilisation pour limiter concerne les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. Il faut noter que les méthodes spécifiques utilisées ne sont pas prises en considération ici.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent encore importants, puisque près d'une femme en union sur quatre (24 %) en a exprimé le besoin. La majorité de ces femmes auraient voulu utiliser la contraception comme moyen d'espacement des naissances (19 % contre seulement 5 % pour limiter leur descendance). Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré qu'elles ne voulaient plus d'enfants (limitation des naissances) et celles qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant (espacement des naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception. La demande potentielle totale en planification familiale est constituée par l'ensemble des femmes qui ont des besoins non satisfaits ainsi que par celles qui utilisent actuellement la contraception.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques sociodémographiques. Quand on considère l'âge, c'est entre 20 et 34 ans que les besoins non satisfaits sont les plus élevés (26 % ou plus), et particulièrement entre 20 et 29 ans (30 %). Comme la prévalence contraceptive est également à son niveau maximal entre 25 et 39 ans, c'est donc à ces âges que la demande potentielle totale en planification familiale est la plus élevée (au moins 48 %). En outre, on peut noter que jusqu'à 39 ans, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à partir de 40 ans, les femmes ont beaucoup plus des besoins pour limiter que pour espacer leurs naissances.

Les résultats par rapport au milieu de résidence montrent que les variations des besoins non satisfaits en planification familiale ne sont pas très importantes. En milieu rural, l'ensemble des besoins non satisfaits est évalué à 24 % contre 25 % en milieu urbain. Par contre, la demande potentielle totale est de 40 % en milieu rural contre 52 % en ville. Les besoins pour l'espacement sont toujours nettement plus importants que ceux pour la limitation tant en zone urbaine que rurale. En fonction des provinces, on constate que c'est dans le Nord-Kivu (33 %), le Sud-Kivu (31 %) et l'Équateur (30 %) que la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits est la plus élevée. À l'opposé, c'est la province Orientale, le Maniema, le Katanga et le Kasaï Oriental qui détiennent les plus faibles proportions de besoins non satisfaits (22 %). La ville province de Kinshasa se caractérise par une forte demande potentielle en planification familiale (65 %), suivie des provinces du Bas-Congo (62 %), du Nord-Kivu (56 %) et du Bandundu (51 %). Dans les autres provinces, cette demande est relativement faible, variant de 33 % dans le Kasaï Oriental à 46 % à l'Équateur.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont plus importants chez les femmes de niveau secondaire (28 %) que chez celles de niveau primaire (24 %), ou sans instruction (21 %) ou de niveau supérieur (14 %). On remarque également que la demande potentielle en matière de planification familiale varie de 33 % chez les femmes sans instruction à plus de 50 % chez celles ayant au moins un niveau secondaire. Enfin, on ne note pas de variations importantes des besoins non satisfaits selon le niveau socio-économique du ménage où vit la femme, les proportions oscillant entre 23 % et 25 %. Par contre, la demande potentielle de planification familiale varie de manière importante et est influencée par le niveau de bien-être économique du ménage. En effet, cette demande est évaluée à 39 % dans les deux premiers quintiles et à 62 % dans le quintile le plus riche.

7.3 NOMBRE TOTAL D'ENFANTS DÉSIRÉS

Le comportement reproductif d'une femme ou d'un homme peut être influencé par ce qu'est, pour elle ou pour son mari/partenaire, le nombre idéal d'enfants. Dans le but de connaître ce nombre idéal pour les femmes congolaises, on a, lors de l'EDS-RDC, posé à tous les enquêtés l'une des deux questions suivantes, selon leur situation au moment de l'enquête :

- Aux femmes et aux hommes qui n'ont pas d'enfant, on a demandé : *Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?*

- Aux femmes et aux hommes qui ont des enfants, la question a été formulée ainsi : *Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?*

Ces questions, simples en apparence, peuvent être embarrassantes, en particulier pour les femmes et les hommes ayant déjà des enfants. En effet, ils doivent se prononcer sur le nombre d'enfants qu'ils souhaiteraient avoir, dans l'absolu, indépendamment du nombre d'enfants qu'ils ont déjà. Or, il peut être difficile pour une femme ou un homme de déclarer un nombre idéal d'enfants inférieur à la taille actuelle de sa famille.

Les résultats à ces questions sont présentés au tableau 7.4. On constate tout d'abord que 8 % des femmes et 7 % des hommes n'ont pu fournir des réponses numériques et ont donné, à la place, des réponses approximatives telles que « Ce que Dieu me donne », « Je ne sais pas », ou « N'importe quel nombre ». En outre, les données montrent que les femmes congolaises aspirent à une famille nombreuse. En effet, le nombre idéal d'enfants est de 6,3 pour l'ensemble des femmes et il atteint 6,8 pour les femmes en union. Si l'on examine la distribution des tailles idéales déclarées, il apparaît que pour plus d'une femme sur deux (51 %), le nombre idéal est de six enfants ou plus. Cette proportion varie de 38 % chez les femmes sans enfant à 62 % chez les femmes ayant quatre enfants vivants. Chez les hommes, le nombre idéal d'enfants est beaucoup plus élevé que chez les femmes : il est de 7,0 pour l'ensemble des hommes et atteint 8,0 chez les hommes en union. Ces résultats confirment l'attachement des Congolais à une descendance nombreuse.

En général, on peut noter une corrélation entre le nombre d'enfants vivants et le nombre idéal. En effet, parmi les femmes sans enfant, le nombre idéal qui s'établit à 5,4 atteint 6,4 parmi celles qui ont trois enfants et atteint un maximum de 7,8 parmi celles qui en ont au moins six. Chez les femmes en union, ce nombre idéal d'enfants est respectivement de 6,1, 6,4 et 7,8. En ce qui concerne les hommes, la taille idéale varie de 5,9 enfants chez ceux n'ayant pas d'enfants à 10,3 enfants chez ceux qui en ont six ou plus. Quand on considère les hommes en union, cette taille passe de respectivement 6,3 à 10,3 enfants. Il est difficile de savoir si ces variations résultent d'une modification réelle de l'idéal allant dans le sens d'une famille de taille plus réduite chez les femmes et les hommes des générations les plus récentes (et à parité faible) ou s'il s'agit, au contraire, d'une évolution de l'idéal de la femme et de l'homme dans le sens de la hausse au fur et à mesure qu'ils vieillissent et que se constitue leur descendance.

Tableau 7.4 Nombre idéal d'enfants

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon le nombre idéal d'enfants et nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes et pour celles et ceux actuellement en union, par nombre d'enfants vivants, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Nombre idéal d'enfants	Nombre d'enfants vivants[1]							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
FEMMES								
0	4,6	0,5	0,9	0,4	0,3	0,3	0,5	1,6
1	0,1	0,6	0,3	0,2	0,4	0,4	0,8	0,4
2	4,0	3,3	3,0	1,9	2,3	2,2	0,8	2,7
3	9,2	8,4	4,9	4,8	2,6	2,1	2,7	5,8
4	18,0	16,2	12,9	8,8	11,8	6,1	4,6	12,4
5	21,1	20,7	20,6	23,5	12,7	14,9	10,7	18,4
6+	37,5	42,0	48,3	53,9	62,3	67,8	66,3	50,6
Réponses non numériques	5,5	8,3	9,1	6,5	7,6	6,1	13,5	7,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	2 731	1 503	1 398	1 122	939	850	1 451	9 995
Nombre idéal moyen d'enfants pour[2] :								
Ensemble des femmes	5,4	6,0	6,2	6,4	6,8	7,3	7,8	6,3
Effectif	2 580	1 379	1 271	1 049	868	798	1 255	9 200
Femmes actuellement en union	6,1	6,3	6,3	6,4	6,9	7,4	7,8	6,8
Effectif	425	1 009	1 085	926	752	709	1 122	6 028
HOMMES								
0	5,8	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	2,7
1	0,2	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
2	3,7	1,1	2,0	0,9	0,3	1,5	0,3	2,3
3	8,8	8,1	7,5	7,1	1,4	1,6	2,2	6,6
4	12,3	10,8	11,1	5,6	4,2	5,8	4,9	9,6
5	21,7	23,8	26,0	18,6	19,9	8,1	8,9	19,3
6+	41,9	47,0	48,0	62,4	64,5	75,6	73,4	52,6
Réponses non numériques	5,7	8,6	4,9	5,3	9,3	7,4	10,2	6,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 993	413	408	372	249	307	573	4 316
Nombre idéal moyen d'enfants pour[2] :								
Ensemble des hommes	5,9	6,3	6,7	7,4	7,8	8,3	10,3	7,0
Effectif	1 880	378	388	353	226	284	514	4 024
Hommes actuellement en union	6,3	6,7	6,9	7,4	7,8	8,3	10,3	8,0
Effectif	144	276	339	340	214	278	507	2 098

[1] Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle pour les femmes.
[2] Les moyennes sont calculées en excluant les femmes et les hommes ayant donné des réponses non numériques.

Ces nombres moyens d'enfants déclarés par les enquêtés (femmes et hommes) demeurent assez élevés et reflètent l'attitude pro nataliste des Congolais.

Le tableau 7.5 présente les variations du nombre idéal d'enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques. On constate que les femmes du milieu urbain désirent avoir moins d'enfants que celles du milieu rural (5,8 contre 6,8 enfants). Par rapport aux provinces, on note que les femmes des provinces du Kasaï Oriental (7,6 enfants), du Kasaï Occidental (7,5 enfants), du Sud-Kivu (7,2 enfants) et du Katanga (7,0 enfants) se distinguent par un nombre idéal moyen plus élevé que celles des provinces de Kinshasa (4,8 enfants) et du Bas-Congo (5,2 enfants). Le nombre idéal varie également selon le niveau d'instruction : 7,2 enfants pour les femmes n'ayant pas d'instruction et 4,5 enfants pour celles du niveau supérieur. Enfin, c'est dans le quintile le plus riche que l'on constate le nombre idéal d'enfants le plus faible (5,2) alors que, dans le quintile le plus pauvre, il est de 7,0.

Tableau 7.5 Nombre idéal d'enfants par caractéristique sociodémographique

Nombre idéal moyen d'enfants pour l'ensemble des femmes et des hommes de 15-49 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	Moyenne	Effectif de femmes	Moyenne	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-19	5,6	1 888	5,9	919
20-24	6,0	2 103	6,3	826
25-29	6,3	1 543	6,8	602
30-34	6,6	1 239	6,9	533
35-39	7,0	958	8,3	439
40-44	7,2	814	8,5	368
45-49	7,2	656	8,7	336
Milieu de résidence				
Urbain	5,8	4 298	6,2	1 827
Rural	6,8	4 903	7,6	2 197
Province				
Kinshasa	4,8	1 534	5,1	619
Bas-Congo	5,2	382	5,5	172
Bandundu	6,1	1 416	6,2	631
Équateur	6,1	1 136	7,0	536
Orientale	6,3	874	7,4	385
Nord-Kivu	6,5	330	6,9	118
Sud-Kivu	7,2	395	6,3	153
Maniema	6,6	281	8,3	115
Katanga	7,0	1 040	7,5	499
Kasaï Oriental	7,6	1 065	9,0	450
Kasaï Occidental	7,5	748	8,5	345
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	7,2	1 829	8,1	219
Primaire	6,8	3 492	7,2	1 121
Secondaire	5,6	3 619	6,9	2 411
Supérieur	4,5	261	5,5	272
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	7,0	1 579	7,8	708
Second	6,9	1 790	7,9	709
Moyen	6,6	1 860	7,2	909
Quatrième	6,4	1 762	6,9	770
Le plus riche	5,2	2 209	5,5	928
Ensemble	6,3	9 200	7,0	4 024

Note : Le tableau est basé sur les femmes et les hommes ayant donné des réponses numériques.

Lorsqu'on considère l'ensemble des hommes, on constate que ce sont ceux du milieu rural (7,6 enfants), ceux des provinces du Kasaï Oriental (9,0 enfants), du Kasaï Occidental (8,5 enfants) et du Maniema (8,3 enfants) qui ont déclaré le nombre idéal d'enfants le plus élevé. De même, parmi ceux sans instruction (8,1 enfants) et parmi ceux des deux quintiles les plus pauvres (7,8 dans le premier et 7,9 dans le second), ce nombre est également élevé.

7.4 PLANIFICATION DE LA FÉCONDITÉ

Au cours de l'EDS-RDC, des questions relatives à chaque enfant né au cours des cinq dernières années et à la grossesse actuelle (s'il y en a une) ont été posées aux femmes. Ces questions avaient pour objectif de déterminer si, lorsque la femme s'est trouvée enceinte, elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard, ou si elle ne voulait pas tomber enceinte. Les réponses à ces questions permettent de mesurer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité.

De telles questions exigent de la femme un effort de concentration pour se souvenir avec exactitude de ses désirs à un ou plusieurs moments précis au cours des cinq dernières années. En outre, il existe un risque de rationalisation dans la mesure où, souvent, une grossesse non désirée peut aboutir à la naissance d'un enfant auquel on s'est attaché.

Le tableau 7.6 montre que 70 % des naissances survenues au cours des cinq dernières années étaient bien planifiées (c'est-à-dire qu'elles sont survenues au moment voulu). Dans 21 % des cas, les femmes auraient souhaité la naissance plus tard. À l'opposé, 9 % des naissances n'étaient pas désirées. On constate que les naissances de rangs 2 et 3 sont un peu mieux planifiées que celles de rang 1 et 4 et plus (respectivement, 72 % et 75 % contre 69 % et 67 %). Par conséquent, c'est aux rangs 4 et plus que la proportion de grossesses non désirées est la plus élevée (11 %). Les résultats selon l'âge montrent que la proportion de naissances non désirées augmente avec l'âge de la femme, variant de 6 % à 20-24 ans à 16 % à 35-39 ans et à 25 % à 45-49 ans.

Tableau 7.6 Planification de la fécondité

Répartition (en %) des naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête (y compris les grossesses actuelles) par planification de la grossesse selon le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Rang de naissance et âge de la mère à la naissance	Statut de la naissance: Voulue au moment	Statut de la naissance: Voulue plus tard	Statut de la naissance: Non désirée	Total[1]	Effectif de naissances
Rang de naissance					
1	69,1	22,9	7,3	100,0	2 060
2	72,2	21,3	5,6	100,0	1 826
3	75,0	18,2	5,7	100,0	1 477
4+	67,2	20,7	11,2	100,0	4 759
Âge de la mère à la naissance					
<20	67,0	24,0	7,8	100,0	1 592
20-24	70,3	23,2	5,8	100,0	2 891
25-29	71,7	20,1	7,2	100,0	2 293
30-34	70,8	20,5	7,5	100,0	1 748
35-39	66,0	17,7	15,7	100,0	1 091
40-44	68,5	9,8	21,1	100,0	444
45-49	67,0	7,9	25,1	100,0	64
Ensemble	69,6	20,9	8,6	100,0	10 123

[1] Y compris les non déterminés

Le tableau 7.7 compare l'Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) à l'Indice Synthétique de Fécondité actuelle (ISF). Les procédures de calcul de ces deux indicateurs sont pratiquement identiques, mais pour le calcul de l'ISFD, les naissances non désirées ne figurent pas au numérateur. De ce fait, l'ISFD représente le niveau de fécondité des trois années ayant précédé l'enquête si toutes les naissances non désirées avaient été évitées. La différence observée entre ces deux indices permet de déterminer l'effet potentiel qu'aurait eu un programme de planification familiale réussi sur la réduction de la fécondité.

Ainsi, en République Démocratique du Congo, pour les trois dernières années ayant précédé l'enquête, l'ISFD est estimé à 5,6 enfants par femme et l'ISF à 6,3 enfants par femme. Ceci sous-entend que si toutes les naissances non désirées avaient été évitées, les femmes auraient 0,7 enfant de moins. Cet écart entre l'ISFD et l'ISF est relativement élevé dans la plupart des provinces. Il se situe entre 0,3 enfant au Kasaï Occidental et 1,1 enfant dans le Nord-Kivu et le Sud-Kivu. Cette différence est plus nette chez les femmes n'ayant pas d'instruction ou de niveau primaire (0,8 enfant) que chez celles ayant atteint le niveau supérieur (0,1 enfant). Les résultats selon le bien-être économique des ménages ne font pas apparaître de variations importantes.

Tableau 7.7 Taux de fécondité désirée

Indice Synthétique de Fécondité Désirée (ISFD) et Indice Synthétique de Fécondité (ISF) pour les trois années ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Taux de fécondité désirée (ISFD)	Taux de fécondité (ISF)
Milieu de résidence		
Urbain	4,8	5,4
Rural	6,2	7,0
Province		
Kinshasa	3,3	3,7
Bas-Congo	5,0	5,9
Bandundu	5,8	6,7
Équateur	5,2	6,2
Orientale	5,7	6,7
Nord-Kivu	5,9	7,0
Sud-Kivu	6,3	7,4
Maniema	6,3	6,7
Katanga	5,5	5,9
Kasaï Oriental	6,9	7,6
Kasaï Occidental	7,4	7,7
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	6,3	7,1
Primaire	6,3	7,1
Secondaire	4,6	5,2
Supérieur	2,5	2,6
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	6,6	7,4
Second	6,4	7,0
Moyen	5,7	6,4
Quatrième	5,9	6,8
Le plus riche	3,6	4,2
Ensemble	5,6	6,3

Note : L'ISFD et l'ISF sont basés sur les naissances des femmes de 15-49 ans durant la période 1-36 mois avant l'enquête. L'ISF est le même que celui présenté au tableau 4.2.

SANTÉ DE LA REPRODUCTION 8

L'Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo a permis de recueillir les informations détaillées sur la santé de la reproduction. Ces informations concernent les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement, la prévalence de la fistule ainsi que les principaux problèmes d'accès aux soins de santé auxquels ont été confrontés les femmes. Pour certains indicateurs dont les estimations ont été fournies par l'enquête MICS2 de 2001, il a été possible de dégager les tendances entre 2001 et 2007 afin d'évaluer l'impact des politiques et des programmes de santé de la mère au cours de cette période.

8.1 Soins Prénatals

Les consultations prénatales permettent de prévenir les risques et les complications pendant la grossesse et l'accouchement, notamment l'anémie, la pré éclampsie, les infections sexuellement transmissibles et la transmission du VIH/sida. Ces consultations permettent ainsi de réduire les risques de décès de la mère et du nouveau-né. Lors de l'EDS-RDC, on a demandé aux femmes, si au cours de leur dernière grossesse survenue pendant les cinq dernières années et ayant abouti à une naissance vivante, elles avaient effectué une consultation prénatale.

Le tableau 8.1 présente la répartition des femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années qui ont précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées et le type de prestataire consulté par la mère durant la grossesse. Au cours de l'EDS-RDC, toutes les catégories de prestataires consultés par la mère pendant la grossesse ont été enregistrées mais, lorsque plusieurs prestataires avaient été consultés, seul le prestataire le plus qualifié a été retenu.

Dans l'ensemble, on note que plus de huit femmes sur dix (85 %) se sont rendues en consultation prénatale, dispensée par du personnel formé, comprenant les médecins, les infirmières, les sages-femmes et les accoucheuses. Les consultations prénatales ont progressé ces dernières années sur l'ensemble du pays, allant de 68 % en 2001, d'après les résultats de l'enquête MICS2 à 85 % selon les résultats de l'EDS-RDC de 2007.

Les consultations ont été effectuées principalement par les infirmières (44 %), les sages-femmes (24 %), les médecins (12 %) et, dans des proportions beaucoup plus faibles, par des accoucheuses (6 %) et par des matrones ou des guérisseurs traditionnels (2 %). À l'opposé, plus d'une femme sur dix (12 %) n'a effectué aucune consultation prénatale.

Tableau 8.1 Soins prénatals

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type de prestataire consulté durant la grossesse pour la naissance la plus récente, et pourcentage de naissances les plus récentes pour lesquelles la mère a consulté un professionnel de la santé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infirmière	Sage-femme	Accoucheuse	Matrone du village/ guérisseur traditionnel/ maman du quartier	Autre	Personne	Total[1]	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé[2]	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance de l'enfant										
<20	8,0	49,2	22,8	4,5	0,8	0,0	13,9	100,0	84,5	829
20-34	12,4	44,0	23,8	5,7	1,8	0,3	11,4	100,0	85,9	3 596
35-49	11,6	39,9	26,8	5,7	1,3	0,0	14,2	100,0	84,0	1 048
Rang de naissance										
1	13,3	46,2	23,3	5,3	0,5	0,4	10,5	100,0	88,1	1 089
2-3	11,2	43,4	25,3	5,5	1,8	0,0	12,1	100,0	85,4	1 738
4-5	12,2	45,6	22,8	4,3	2,4	0,1	11,9	100,0	84,9	1 173
6+	10,4	41,9	24,8	6,5	1,4	0,3	14,2	100,0	83,6	1 473
Milieu de résidence										
Urbain	24,2	42,2	22,4	3,2	0,4	0,2	7,1	100,0	92,0	2 189
Rural	3,2	45,2	25,5	7,0	2,3	0,2	15,8	100,0	80,9	3 284
Province										
Kinshasa	41,5	35,2	17,8	1,2	0,4	0,0	3,5	100,0	95,7	605
Bas-Congo	11,1	71,3	10,8	2,2	0,0	0,3	4,0	100,0	95,5	232
Bandundu	7,4	39,1	29,8	9,0	1,3	0,0	12,4	100,0	85,4	877
Équateur	3,6	54,2	23,0	4,1	1,4	0,7	12,5	100,0	84,8	706
Orientale	5,4	36,9	31,5	1,1	3,4	0,0	21,1	100,0	74,8	620
Nord-Kivu	12,2	57,0	23,5	2,1	0,9	0,0	4,1	100,0	94,8	201
Sud-Kivu	6,0	40,9	32,5	7,1	0,3	0,3	12,5	100,0	86,5	233
Maniema	2,9	48,2	18,3	10,6	0,7	0,2	18,4	100,0	80,0	189
Katanga	15,6	33,8	23,5	5,8	3,2	0,0	18,1	100,0	78,7	566
Kasaï Oriental	11,0	40,3	27,2	4,6	1,7	0,6	14,1	100,0	83,1	681
Kasaï Occidental	4,8	55,1	17,4	12,3	1,0	0,0	8,2	100,0	89,6	564
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	3,9	43,3	21,5	5,3	3,4	0,4	21,5	100,0	73,9	1 258
Primaire	6,0	47,7	25,1	5,3	1,4	0,2	13,8	100,0	84,1	2 256
Secondaire	21,7	40,9	25,4	5,9	0,5	0,1	4,9	100,0	93,9	1 901
Supérieur	66,9	15,5	13,8	2,5	0,0	0,0	1,4	100,0	98,6	58
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	1,9	44,4	23,4	8,2	3,2	0,0	18,0	100,0	78,0	1 123
Second	3,4	45,2	23,3	7,3	2,3	0,3	17,6	100,0	79,2	1 204
Moyen	6,6	48,3	27,2	5,0	1,2	0,1	10,9	100,0	87,0	1 163
Quatrième	11,9	46,4	27,4	3,7	0,7	0,3	9,5	100,0	89,3	1 078
Le plus riche	40,6	33,5	18,9	2,6	0,0	0,3	3,6	100,0	95,7	906
Ensemble	11,6	44,0	24,2	5,5	1,5	0,2	12,3	100,0	85,3	5 473

Note : Si plus d'un prestataire de soins prénatals a été déclaré, seul le prestataire le plus qualifié a été pris en compte dans ce tableau.
[1] Y compris les non déterminés
[2] À savoir, médecin, infirmière, sage-femme et accoucheuse

La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals par du personnel formé au cours de la grossesse présente des disparités selon le milieu de résidence, la province, le niveau d'instruction, et le bien-être économique (tableau 8.1).

En effet, la proportion de femmes ayant effectué une consultation prénatale varie de 78 % parmi les femmes des ménages les plus pauvres à 96 % parmi celles des plus riches. La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals dispensés par un médecin varie, quant à elle, de 2 % au sein des catégories de populations les plus pauvres à 41 % parmi les plus riches. Les variations sont aussi fortes en fonction du niveau d'instruction. On relève, en effet, que parmi les femmes sans niveau d'instruction, 74 % se sont rendues en consultation prénatale contre 94 % et 99 % parmi celles de niveaux secondaire et supérieur.

Enfin, les consultations prénatales auprès de personnel formé sont plus fréquentes en milieu urbain (92 %) qu'en milieu rural (81 %).

Les résultats de l'enquête mettent aussi en évidence de grandes disparités selon les provinces. C'est dans la ville province de Kinshasa, dans la province du Bas-Congo et du Nord-Kivu que l'on constate les proportions les plus élevées (96 % et 95 %). Les proportions les plus faibles sont observées dans la province Orientale (75 %) et au Katanga (79 %). Dans les autres provinces, les soins prénatals dépassent la barre des 80 %. On note aussi que la proportion de femmes ayant effectué des visites prénatales baisse légèrement avec le rang de naissance de l'enfant, variant de 88 % pour les primipares à 84 % pour les naissances de rang 6 et plus. On observe cependant qu'il n'existe pas de variation importante avec l'âge de la mère à la naissance de l'enfant.

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande, au moins, quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse. Le tableau 8.2 présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes et le stade de la grossesse à la première visite. Près d'une femme sur deux (47 %) a effectué au moins les quatre visites recommandées. Environ une sur trois n'a effectué que 2 ou 3 visites prénatales (32 %) et, 5 % des femmes n'ont effectué qu'une seule visite.

Tableau 8.2 Nombre de visites prénatales et stade de la grossesse

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, selon le nombre de visites prénatales et le stade de la grossesse au moment de la première visite pour la naissance la plus récente et, parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales, nombre médian de mois de grossesse à la première visite, par milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Visites prénatales	Milieu de résidence		Ensemble
	Urbain	Rural	
Nombre de visites prénatales			
Aucune	7,1	15,8	12,3
1	3,5	5,5	4,7
2-3	33,6	31,1	32,1
4+	53,0	42,6	46,7
NSP/manquant	2,8	5,1	4,2
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de mois de grossesse à la première visite prénatale			
Pas de soins prénatals	7,1	15,8	12,3
<4	21,3	16,8	18,6
4-5	39,2	35,7	37,1
6-7	29,4	26,4	27,6
8+	2,4	2,7	2,6
NSP/manquant	0,5	2,6	1,8
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	2 189	3 284	5 473
Nombre médian de mois de grossesse à la première visite (pour celles ayant eu des soins prénatals)	5,3	5,4	5,3
Ensemble des femmes ayant bénéficié de soins prénatals	2 027	2 738	4 765

La proportion de femmes qui ont effectué le nombre de visites recommandées est plus élevée en milieu urbain (53 %) qu'en milieu rural (43 %). Environ 16 % des femmes du milieu rural n'ont effectué aucune visite ; cette proportion est de seulement 7 % dans les villes.

Concernant le stade de la grossesse auquel a eu lieu la première visite, on constate que 19 % des femmes ont effectué leur première visite à moins de quatre mois de grossesse. Dans 37 % des cas, les femmes ont effectué leur première visite prénatale entre 4 à 5 mois de grossesse, pour 28 % d'entre elles, la première visite a eu lieu relativement très tard, entre 6 et 7 mois de grossesse. Enfin, dans 3 % des cas, les femmes ont attendu le dernier stade de la grossesse pour effectuer la première visite prénatale. Le nombre médian de mois de grossesse à la première visite s'établit à 5,3. Ce nombre est quasiment le même en milieu rural qu'en milieu urbain (5,3 mois contre 5,4).

8.1.1 Composants des soins prénatals

Afin d'évaluer l'efficacité des soins prénatals reçus, l'EDS-RDC a collecté des données sur le type d'examens effectués à savoir la prise du poids et de la taille, la vérification de la tension artérielle, les examens d'urine et de sang, les soins reçus, notamment les injections contre le tétanos,

l'administration de comprimé de fer-folate, d'antipaludéens, ainsi que les conseils prodigués aux femmes pendant les consultations. On a notamment demandé aux femmes si elles avaient été informées sur les signes révélateurs de complications de la grossesse.

Les résultats obtenus indiquent globalement que 39 % des femmes ont été informées sur les signes de complications de la grossesse (tableau 8.3). Ce pourcentage varie selon le milieu de résidence, la province et le niveau d'instruction. Les femmes ont été plus fréquemment informées au Nord-Kivu (61 %), à Kinshasa (58 %) et au Sud-Kivu (54 %). À l'opposé, elles ont été fréquemment moins informées au Kasaï Oriental (25 %) et Occidental (27 %), au Bandundu (32 %), au Katanga (38 %) et dans la province Orientale (39 %). Les femmes résidant en ville ont été mieux informées (43 %) que celles de la campagne (37 %). Par ailleurs, la proportion de femmes ayant été informées augmente avec le niveau de bien-être économique, variant de 32 % % parmi les plus pauvres à 52 % parmi les femmes les plus riches. De même, ces informations ont été plus fréquemment communiquées aux femmes instruites, notamment celles de niveau secondaire (45 %) et supérieur (57 %) qu'aux femmes sans niveau d'instruction (34 %).

On constate que la mesure du poids et le contrôle de la tension artérielle sont les examens les plus fréquemment effectués par les prestataires de santé au cours des visites prénatales, (respectivement 88 % et 73 %). Les prélèvements d'urine et de sang ont été effectués dans des proportions respectives de 52 % et 60 %. Ces résultats sont très variables selon les caractéristiques sociodémographiques. On note globalement que les femmes les plus pauvres, les femmes les moins instruites ainsi que celles qui résident en milieu rural sont celles qui ont le moins fréquemment bénéficié de ces examens au cours des visites prénatales. Des disparités apparaissent aussi au niveau des provinces. Les provinces de Kinshasa, du Bas-Congo, de l'Équateur, du Katanga et du Nord-Kivu se distinguent des autres par des proportions relativement élevées de femmes qui ont bénéficié de ces examens au cours de leurs visites. Le Maniema et le Kasaï Occidental présentent une situation moins favorable que les autres provinces en termes d'accessibilité des femmes à ce type d'examens.

En outre, au cours de ces visites prénatales, on note que moins d'une femme sur deux (46 %) a reçu des comprimés de fer-folate. Ce pourcentage varie également selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les femmes les plus pauvres, les moins instruites, et celles du milieu rural en ont moins bénéficié que les autres. Ce sont celles des provinces de Kinshasa, du Bas-Congo, du Nord et Sud-Kivu qui ont le plus fréquemment reçu ce complément nutritionnel.

Tableau 8.3 Composants des visites prénatales

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant pris des comprimés de fer-folate au cours de la grossesse la plus récente et parmi les femmes ayant bénéficié de soins prénatals pour la naissance la plus récente des cinq dernières années, pourcentage ayant effectué certains examens prénatals, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des comprimés de fer-folate	Effectif de femmes	Parmi les femmes ayant reçu des soins prénatals, pourcentage :					Effectif de femmes ayant reçu des soins prénatals
			Informée des signes de complication de la grossesse	Pesée	Tension artérielle vérifiée	Urine prélevée	Sang prélevé	
Âge de la mère à la naissance de l'enfant								
<20	46,5	829	37,7	83,8	67,3	48,9	53,3	708
20-34	47,1	3 596	39,1	88,6	73,3	52,8	61,9	3 163
35-49	43,8	1 048	41,5	89,5	75,5	50,9	57,1	894
Rang de naissance								
1	51,5	1 089	38,9	87,5	72,9	57,2	61,8	969
2-3	46,5	1 738	38,7	87,4	69,5	53,1	60,4	1 516
4-5	47,0	1 173	39,2	88,7	73,4	50,8	62,0	1 025
6+	41,9	1 473	40,8	88,7	76,3	47,1	55,4	1 255
Milieu de résidence								
Urbain	54,7	2 189	42,8	94,1	82,2	73,2	77,5	2 027
Rural	40,8	3 284	36,8	83,6	65,9	36,0	46,5	2 738
Province								
Kinshasa	79,3	605	57,6	99,2	97,5	91,0	91,4	581
Bas-Congo	68,6	232	40,1	96,1	95,2	64,7	73,8	222
Bandundu	48,0	877	31,8	90,3	59,8	46,4	53,1	760
Équateur	50,6	706	42,4	90,8	81,1	62,2	66,5	613
Orientale	37,8	620	39,2	86,5	62,0	38,6	45,0	485
Nord-Kivu	61,5	201	60,5	96,2	84,9	58,3	58,7	193
Sud-Kivu	64,3	233	54,3	95,0	60,6	35,4	46,9	203
Maniema	25,1	189	47,3	74,3	47,0	28,6	43,6	153
Katanga	37,6	566	38,1	80,6	76,4	62,7	67,0	464
Kasaï Oriental	28,5	681	25,3	79,8	67,7	37,2	50,1	581
Kasaï Occidental	27,9	564	27,0	81,2	65,4	27,9	47,7	511
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	38,5	1 258	34,3	82,2	64,2	33,8	41,8	977
Primaire	42,5	2 256	35,9	84,9	69,0	46,3	55,0	1 933
Secondaire	55,2	1 901	45,3	94,3	80,9	66,6	73,6	1 798
Supérieur	78,4	58	56,5	98,3	94,5	85,7	85,9	57
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	37,5	1 123	31,6	79,4	58,8	34,8	44,5	912
Second	39,6	1 204	36,1	85,4	65,2	33,2	44,6	984
Moyen	48,0	1 163	38,0	86,6	68,8	49,5	57,2	1 027
Quatrième	43,8	1 078	39,9	92,2	77,6	56,7	64,8	974
Le plus riche	67,1	906	52,4	97,1	95,6	88,2	89,9	869
Ensemble	46,3	5 473	39,4	88,0	72,8	51,8	59,7	4 765

8.1.2 Vaccination antitétanique

Dans la plupart des pays en développement, le tétanos néonatal est une cause importante de décès des nouveau-nés. La vaccination antitétanique réduit les risques de décès infantiles. L'injection antitétanique faite à la mère pendant la grossesse permet, non seulement de la protéger, mais aussi de protéger l'enfant contre le tétanos. Pour être immunisée, une femme enceinte devrait recevoir au moins deux doses de vaccin pendant la grossesse. Toutefois, si elle a déjà été vaccinée, par exemple lors d'une grossesse précédente, une seule dose (de rappel) est nécessaire.

Tableau 8.4 Vaccination antitétanique

Répartition (en %) des femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête par nombre d'injections antitétanique reçues durant la grossesse pour la naissance la plus récente, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Aucune	Une injection	Deux injections ou plus	Ne sait pas/ manquant	Total	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance de l'enfant						
<20	26,6	25,4	45,1	3,0	100,0	829
20-34	27,2	30,3	40,2	2,2	100,0	3 596
35-49	36,7	32,9	27,8	2,6	100,0	1 048
Rang de naissance						
1	20,7	28,2	48,5	2,7	100,0	1 089
2-3	26,0	30,4	41,2	2,4	100,0	1 738
4-5	30,5	31,7	35,8	2,0	100,0	1 173
6+	37,3	29,7	30,3	2,6	100,0	1 473
Milieu de résidence						
Urbain	19,1	33,9	44,7	2,2	100,0	2 189
Rural	35,5	27,5	34,5	2,5	100,0	3 284
Province						
Kinshasa	12,1	46,7	39,5	1,7	100,0	605
Bas-Congo	11,0	36,3	51,0	1,8	100,0	232
Bandundu	28,6	23,2	45,9	2,2	100,0	877
Équateur	24,0	35,3	38,5	2,2	100,0	706
Orientale	40,1	25,7	29,4	4,9	100,0	620
Nord-Kivu	31,3	44,9	21,0	2,8	100,0	201
Sud-Kivu	23,7	34,0	41,9	0,5	100,0	233
Maniema	27,1	27,8	43,0	2,1	100,0	189
Katanga	36,1	29,2	32,7	2,0	100,0	566
Kasaï Oriental	42,8	14,6	39,5	3,1	100,0	681
Kasaï Occidental	27,0	31,9	39,3	1,7	100,0	564
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	42,2	26,9	28,3	2,6	100,0	1 258
Primaire	32,1	27,5	38,4	2,0	100,0	2 256
Secondaire	17,1	35,4	44,7	2,8	100,0	1 901
Supérieur	6,7	26,0	67,3	0,0	100,0	58
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	38,6	26,8	31,4	3,2	100,0	1 123
Second	36,4	24,4	37,3	1,9	100,0	1 204
Moyen	28,4	29,8	39,3	2,6	100,0	1 163
Quatrième	23,2	32,3	42,7	1,8	100,0	1 078
Le plus riche	14,6	39,5	43,3	2,6	100,0	906
Ensemble	28,9	30,1	38,6	2,4	100,0	5 473

Les données du tableau 8.4 montrent que 39 % des femmes ayant eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête ont reçu deux injections ou plus de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Il existe cependant des disparités selon le bien-être économique, le niveau d'instruction, le milieu de résidence, et la province de résidence. Comme on l'a déjà constaté pour les autres composantes des visites prénatales, on note que ce sont les femmes les plus pauvres, les moins instruites, et celles du milieu rural qui ont été les moins fréquemment protégés du tétanos. En effet, seulement 28 % des femmes sans niveau d'instruction contre 45 % de celles de niveau secondaire et 67 %

de celles ayant un niveau supérieur ont reçu deux injections ou plus. Selon le bien-être économique, cette proportion varie de 31 % chez les plus pauvres à 43 % chez les plus riches.

Les résultats font apparaître également des disparités selon les provinces et le milieu de résidence. La couverture vaccinale des femmes du milieu urbain est plus élevée que celles du milieu rural (45 % contre 35 %). Dans les provinces, on constate que ce sont les femmes qui résident au Bas-Congo (51 %), au Bandundu (46 %), au Maniema (43 %), et au Sud-Kivu (42 %) qui ont été plus fréquemment vaccinées. À l'opposé, dans le Nord-Kivu, cette proportion n'est que de 21 %).

En outre, des différences importantes apparaissent selon l'âge de la mère à la naissance de l'enfant et le rang de naissance. Ce sont les mères jeunes qui ont la couverture vaccinale antitétanique la plus élevée : 45 % pour les moins de 20 ans contre 40 % et 28 % pour celles âgées de respectivement 20-34 ans et 35-49 ans. On constate que ce sont les naissances de rang 1 qui sont les mieux protégées contre le tétanos : la couverture vaccinale varie de 49 % pour le rang 1 à 30 % pour les rangs 6 et plus.

Enfin, il convient de noter que près de trois femmes sur dix (29 %) n'ont reçu aucune injection antitétanique au cours de leur dernière grossesse. Les proportions les plus élevées s'observent parmi les femmes résidant en milieu rural (36 %), au Kasaï Oriental (43 %) et au Nord-Kivu (40 %), ainsi que parmi les femmes sans instruction (42 %) et celles de ménages les plus pauvres (39 %).

8.2 ACCOUCHEMENT

8.2.1 Lieu d'accouchement

Le tableau 8.5 indique que parmi les naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 70 % ont eu lieu dans un établissement de santé, généralement du secteur public (50 %). Environ 28 % des naissances surviennent à domicile. La situation en milieu rural est beaucoup plus préoccupante qu'en milieu urbain où on observe que seulement une naissance sur dix (10 %) s'est déroulée à domicile contre quatre sur dix en rural (39 %), et que, à l'opposé, près de neuf naissances sur dix (89 %) ont eu lieu dans un établissement sanitaire contre 58 % en milieu rural.

Au niveau des provinces, on note que celles de Kinshasa et du Bas-Congo se détachent nettement des autres provinces. En effet, plus de neuf naissances sur dix ont eu lieu dans un établissement sanitaire. Dans la province de Kinshasa, les accouchements interviennent plus souvent dans le secteur privé (61 %) que dans le public (36 %) ; alors qu'au Bas-Congo, les femmes accouchent plus fréquemment dans les établissements publics (71 %) que dans les privés (21 %). On note aussi un pourcentage élevé de naissances qui surviennent dans un établissement sanitaire au Nord et au Sud-Kivu ; dans ces deux provinces, deux naissances sur trois surviennent dans les établissements publics. En revanche, dans la province de l'Équateur, la proportion de naissances qui surviennent dans un établissement de santé (39 %) est beaucoup plus faible, la majorité des accouchements (59 %) s'y déroulent à domicile. Les accouchements à domicile sont aussi nombreux dans les provinces du Maniema (37 %), du Katanga (32 %), Orientale (31 %) et du Bandundu (29 %).

En outre, la proportion de naissances qui surviennent dans un établissement de santé varie selon le bien-être économique et le niveau d'instruction de la mère, le rang de naissance et l'âge de la mère à la naissance de l'enfant. Plus le ménage est riche, plus les femmes ont tendance à accoucher dans un établissement : en effet, la proportion de naissances survenues dans un établissement sanitaire passe de 97 % chez les femmes les plus riches à 55 % chez les plus pauvres. Le niveau d'instruction de la mère augmente la probabilité d'accoucher dans un établissement de santé. En effet, la proportion de naissances qui sont survenues dans un établissement de santé passe de 55 % chez les femmes sans niveau

d'instruction à 86 % parmi celles ayant un niveau secondaire et 99 % parmi celles ayant un niveau supérieur.

Par ailleurs, le lieu d'accouchement varie légèrement avec le rang de naissance de l'enfant et l'âge de la mère à la naissance de l'enfant. Les naissances de rang 1 surviennent dans 75 % des cas dans un établissement de santé, celles de rang 4-5 ainsi que celles de rang 6 et plus dans respectivement 68 % et 67 % des cas. Si l'on tient compte des visites prénatales, il y a lieu de noter que sept naissances sur dix (72 %) n'ayant pas été précédées par des visites prénatales sont survenues à domicile.

Tableau 8.5 Lieu de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par lieu d'accouchement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Établissement de santé		Maison	Autre	Total[1]	Pourcentage dont la naissance a eu lieu dans un établissement de santé	Effectif de naissances
	Secteur public	Secteur privé					
Âge de la mère à la naissance de l'enfant							
<20	51,2	20,3	25,1	0,9	100,0	71,5	1 454
20-34	49,5	20,7	27,9	0,8	100,0	70,1	6 090
35-49	50,5	18,1	29,9	0,8	100,0	68,6	1 455
Rang de naissance							
1	52,9	22,3	22,2	1,2	100,0	75,2	1 850
2-3	50,4	20,2	27,3	0,6	100,0	70,6	2 902
4-5	49,3	19,1	30,1	0,6	100,0	68,3	2 003
6+	47,4	19,4	31,1	0,9	100,0	66,9	2 245
Milieu de résidence							
Urbain	48,7	40,4	9,9	0,2	100,0	89,1	3 490
Rural	50,7	7,4	39,2	1,2	100,0	58,1	5 509
Province							
Kinshasa	35,9	60,9	1,8	0,4	100,0	96,8	869
Bas-Congo	71,0	21,3	5,9	1,6	100,0	92,2	361
Bandundu	62,1	6,9	29,1	0,7	100,0	69,0	1 415
Équateur	35,4	3,4	59,1	1,5	100,0	38,7	1 146
Orientale	53,4	12,5	31,3	1,0	100,0	65,9	1 019
Nord-Kivu	67,1	17,8	12,3	0,3	100,0	84,9	351
Sud-Kivu	66,0	18,0	13,5	0,4	100,0	84,0	433
Maniema	55,4	5,6	36,5	0,6	100,0	61,1	306
Katanga	47,0	20,0	31,5	0,6	100,0	67,0	916
Kasaï Oriental	31,1	38,7	28,4	0,7	100,0	69,8	1 221
Kasaï Occidental	61,8	13,9	21,7	0,7	100,0	75,7	962
Niveau d'instruction de la mère							
Aucune instruction	45,5	9,1	42,3	1,4	100,0	54,6	2 117
Primaire	48,7	16,9	32,1	0,7	100,0	65,6	3 770
Secondaire	54,9	30,9	13,0	0,5	100,0	85,7	3 034
Supérieur	31,7	67,1	1,0	0,0	100,0	98,8	78
Visites prénatales[2]							
Aucune	16,6	10,9	71,5	0,9	100,0	27,5	674
1-3	52,5	21,8	25,2	0,4	100,0	74,2	2 012
4+	57,3	25,6	16,2	0,7	100,0	82,9	2 558
NSP/manquant	60,0	9,2	21,2	0,0	100,0	69,1	228
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	49,9	5,0	42,2	1,4	100,0	54,8	1 873
Second	46,7	8,4	41,9	0,9	100,0	55,2	2 035
Moyen	55,9	12,2	30,3	0,6	100,0	68,1	1 864
Quatrième	53,0	31,0	14,3	0,8	100,0	84,0	1 844
Le plus riche	42,4	54,5	2,2	0,2	100,0	96,9	1 383
Ensemble	49,9	20,2	27,8	0,8	100,0	70,1	8 999

[1] Y compris les non déterminés
[2] Concerne seulement la naissance la plus récente survenue au cours des cinq années ayant précédé l'enquête.

8.2.2 Assistance lors de l'accouchement

L'analyse des données du tableau 8.6 montre que seulement 74 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes (32 %) et des infirmières (28 %). Dans seulement 5 % des cas, les médecins ont assisté les accouchements. L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé qualifié s'est nettement amélioré ces dernières années, variant de 61 % en 2001 d'après les données de l'enquête MICS2 à 74 % en 2007.

L'examen des données par caractéristique sociodémographique de la mère (tableau 8.6) met en évidence le même type de variations que celles observées à propos des soins prénatals et du lieu d'accouchement. La proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par du personnel de santé augmente avec l'amélioration du niveau de bien-être du ménage, variant de 59 % parmi les femmes des ménages les plus pauvres à 73 % parmi celles des ménages du quintile moyen et à un maximum de 98 % parmi celles des ménages du quintile le plus riche. Il faut également signaler que la proportion de naissances assistées par du personnel formé augmente avec le niveau d'instruction de la mère, variant de 59 % parmi les femmes sans niveau d'instruction à 70 % parmi celles de niveau primaire, à 88 % parmi celles du secondaire, et à 100 % parmi celles du supérieur. Comme on pouvait s'y attendre, les femmes du milieu rural (63 %) ont été moins fréquemment assistées par du personnel qualifié lors de leur accouchement que les femmes du milieu urbain (91 %). Les résultats font apparaître des écarts selon les provinces : ce sont les femmes de Kinshasa (97 %) et du Bas-Congo (93 %) qui ont le plus fréquemment accouché avec l'assistance de personnel formé. La situation est moins favorable dans les autres provinces, notamment à l'Équateur où seulement 51 % des femmes ont été assistées par du personnel qualifié.

Par ailleurs, dans 4 % des cas, les femmes ont accouché par césarienne. Le recours à cette intervention est plus fréquent pour les naissances de premier rang (6 %) que pour les naissances de rang élevé (3 % aux rangs quatre et plus) et parmi les femmes ayant accouché avant l'âge de 20 ans (5 % contre 3 % à 35-49 ans). De manière non surprenante, la proportion de femmes ayant accouché par césarienne est plus élevée parmi les femmes dont l'accouchement s'est déroulé en établissement de santé (6 %) et parmi les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (10 %). On note également que la proportion de femmes ayant subi cette procédure augmente des ménages les plus pauvres aux plus riches, variant de 2 % à 6 %). Enfin, il faut souligner que dans les provinces du Nord Kivu (15 %) et du Sud-Kivu (10 %), la proportion de femmes ayant eu une césarienne est beaucoup plus élevée qu'au niveau national (4 %).

Tableau 8.6 Assistance lors de l'accouchement

Répartition (en %) des naissances vivantes survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête par type d'assistance durant l'accouchement, pourcentage de naissances assistées par un professionnel de santé et pourcentage de naissances accouchées par césarienne selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Personne ayant assisté l'accouchement										
Caractéristique sociodémographique	Médecin	Infir-mière	Sage-femme	Accou-cheuse	Matrone de village/ guérisseur traditionnel/ maman du quartier	Parent/ autre	Personne	Total[1]	Pourcentage dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé[2]	Pourcentage accouché par césarienne	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant											
<20	4,9	28,2	33,0	9,5	21,3	0,1	0,7	100,0	75,6	5,3	1 454
20-34	5,7	28,0	30,0	9,9	22,4	0,4	2,5	100,0	73,6	3,9	6 090
35-49	3,5	25,2	36,9	8,6	19,4	0,3	5,6	100,0	74,1	3,3	1 455
Rang de naissance											
1	7,3	30,2	33,3	8,8	18,2	0,2	0,6	100,0	79,7	6,0	1 850
2-3	5,4	26,7	32,4	9,6	22,3	0,5	1,7	100,0	74,2	4,1	2 902
4-5	4,4	27,6	28,9	10,9	23,0	0,3	3,8	100,0	71,9	3,4	2 003
6+	3,9	26,5	31,4	9,1	23,0	0,4	4,7	100,0	70,9	2,8	2 245
Lieu d'accouchement											
Établissement de santé	7,4	36,6	43,3	10,5	2,0	0,0	0,1	100,0	97,8	5,7	6 309
Ailleurs	0,0	6,6	3,9	7,9	71,2	1,2	9,0	100,0	18,5	0,0	2 576
Manquant	0,7	3,3	6,4	0,3	0,0	0,0	0,0	100,0	10,7	0,0	114
Milieu de résidence											
Urbain	10,8	34,6	38,4	7,3	6,5	0,3	1,3	100,0	91,1	4,8	3 490
Rural	1,7	23,1	27,2	11,1	31,4	0,4	3,6	100,0	63,1	3,5	5 509
Province											
Kinshasa	22,1	40,4	31,3	3,1	2,1	0,0	0,4	100,0	96,9	6,6	869
Bas-Congo	3,5	65,6	21,2	2,4	4,6	0,1	2,2	100,0	92,8	3,8	361
Bandundu	1,6	21,7	37,5	9,5	24,4	0,1	4,0	100,0	70,3	2,4	1 415
Équateur	0,9	26,9	14,2	9,4	41,5	1,1	5,3	100,0	51,4	1,2	1 146
Orientale	2,8	25,7	34,7	5,2	29,1	0,0	1,0	100,0	68,4	2,7	1 019
Nord-Kivu	11,5	38,9	25,8	10,5	7,7	1,7	1,4	100,0	86,7	14,6	351
Sud-Kivu	8,0	19,0	46,5	11,0	11,8	0,0	1,1	100,0	84,6	10,4	433
Maniema	2,8	20,3	28,6	17,8	28,0	0,0	1,1	100,0	69,4	2,8	306
Katanga	6,1	19,7	32,3	12,0	26,5	0,5	1,9	100,0	70,0	1,8	916
Kasaï Oriental	4,4	23,5	37,8	9,9	19,7	0,6	3,2	100,0	75,6	3,4	1 221
Kasaï Occidental	1,2	28,0	31,9	17,2	16,5	0,0	3,5	100,0	78,3	5,3	962
Niveau d'instruction de la mère											
Aucune instruction	2,2	24,6	23,0	9,6	33,0	1,0	4,7	100,0	59,4	4,8	2 117
Primaire	3,5	26,7	30,6	9,2	25,4	0,2	3,1	100,0	70,1	3,1	3 770
Secondaire	8,9	30,8	38,5	10,3	9,9	0,2	0,9	100,0	88,3	4,5	3 034
Supérieur	26,0	26,1	40,0	8,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	9,5	78
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	1,1	22,0	24,0	12,1	34,4	0,5	4,2	100,0	59,2	2,4	1 873
Second	1,3	23,3	26,0	11,4	33,3	0,6	2,3	100,0	62,0	3,2	2 035
Moyen	2,2	28,8	33,1	9,2	22,8	0,2	2,7	100,0	73,3	3,3	1 864
Quatrième	6,5	30,7	39,6	8,4	10,5	0,4	3,2	100,0	85,2	5,9	1 844
Le plus riche	19,0	35,6	37,1	6,1	1,2	0,0	0,5	100,0	97,7	5,7	1 383
Ensemble	5,2	27,6	31,6	9,6	21,8	0,4	2,7	100,0	74,0	4,0	8 999

Note : Si l'enquêtée a déclaré que plus d'une personne avait assisté l'accouchement, seule la personne la plus qualifiée a été prise en compte dans ce tableau.
[1] Y compris les non déterminés
[2] À savoir, médecin, infirmière, sage-femme et accoucheuse

8.3 Soins Postnatals

Les soins postnatals au cours des 48 heures qui suivent l'accouchement sont très importants car ils contribuent à éviter les décès maternels et des nouveau-nés. Il est recommandé à cet effet que toutes les femmes effectuent une visite postnatale dans les deux jours qui suivent l'accouchement. Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes si, après l'accouchement, elles avaient effectué un examen postnatal et, combien de temps après l'accouchement cet examen avait eu lieu.

Le tableau 8.7 présente la distribution des femmes selon qu'elles ont accouché ou non dans un établissement sanitaire et, pour celles qui ont accouché en dehors d'un établissement sanitaire, la répartition selon qu'elles ont eu ou non des soins postnatals. Près des trois-quarts des femmes ont accouché en établissement sanitaire (72 %) et l'on suppose qu'à la suite de l'accouchement, leur état de santé et celui du nouveau-né ont fait l'objet d'un examen avant qu'elles ne quittent l'établissement. Parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, la grande majorité n'a reçu aucun soin postnatal (87 %) et dans 9 % des cas, les femmes ont bénéficié d'un suivi postnatal. Parmi ces dernières, la majorité (8 %) s'est rendue en consultation postnatale dans les délais recommandés, c'est-à-dire dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement. Parmi les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire, cette proportion atteint 18 %.

Tableau 8.7 Soins postnatals

Proportion de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont accouché dans un établissement sanitaire et répartition (en %) des femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire selon le moment où a eu lieu la première visite postnatale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Accouchement en établissement sanitaire	Effectif de femmes	Visites postnatales pour les naissances survenues en dehors d'un établissement sanitaire						Effectif de femmes ayant accouché en dehors d'un établissement sanitaire
			0-2 jours après accouchement	3-6 jours après accouchement	7-41 jours après accouchement	NSP/ND	Aucune visite postnatale[1]	Total	
Âge de la mère à la naissance									
<20	73,4	829	7,2	0,3	0,2	8,1	84,3	100,0	221
20-34	72,8	3 596	8,1	0,7	0,4	3,0	87,8	100,0	977
35-49	69,7	1 048	7,8	0,1	0,3	4,1	87,8	100,0	318
Rang de naissance									
1	79,3	1 089	5,2	0,0	0,2	5,5	89,1	100,0	226
2-3	71,6	1 738	6,3	0,8	0,2	3,9	88,7	100,0	494
4-5	71,6	1 173	12,5	0,7	0,6	5,0	81,1	100,0	333
6+	68,6	1 473	7,7	0,1	0,3	2,6	89,3	100,0	462
Milieu de résidence									
Urbain	89,6	2 189	6,6	1,8	1,3	3,7	86,6	100,0	228
Rural	60,8	3 284	8,1	0,2	0,2	4,0	87,4	100,0	1 287
Province									
Kinshasa	97,1	605	*	*	*	*	*	*	17
Bas-Congo	92,6	232	(14,5)	(0,0)	(0,0)	(4,9)	(80,6)	(100,0)	17
Bandundu	72,3	877	11,8	0,5	0,5	4,8	82,5	100,0	243
Équateur	38,8	706	10,0	0,6	0,1	2,2	87,1	100,0	432
Orientale	69,8	620	7,4	0,6	0,0	1,5	90,4	100,0	187
Nord-Kivu	88,2	201	10,4	0,6	1,5	3,5	84,1	100,0	24
Sud-Kivu	85,6	233	2,3	1,2	0,0	2,0	94,5	100,0	33
Maniema	64,9	189	4,7	0,8	1,8	3,5	89,2	100,0	67
Katanga	68,1	566	5,1	0,0	0,0	1,9	93,0	100,0	181
Kasaï Oriental	72,9	681	2,6	0,6	0,4	4,2	92,3	100,0	185
Kasaï Occidental	77,0	564	4,7	0,4	0,0	14,0	80,9	100,0	130
Niveau d'instruction									
Aucune instruction	56,4	1 258	6,8	0,6	0,0	3,5	89,2	100,0	549
Primaire	67,6	2 256	5,6	0,4	0,2	4,0	89,7	100,0	732
Secondaire	87,7	1 901	17,5	0,7	1,6	4,8	75,4	100,0	234
Supérieur	98,3	58	*	*	*	*	*	*	1
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	56,8	1 123	8,9	0,5	0,2	3,1	87,2	100,0	485
Second	58,5	1 204	7,3	0,6	0,5	4,1	87,5	100,0	499
Moyen	69,7	1 163	6,8	0,0	0,3	4,1	88,8	100,0	352
Quatrième	85,9	1 078	6,0	1,0	0,6	3,5	88,9	100,0	152
Le plus riche	97,1	906	(25,8)	(0,0)	(0,0)	(18,1)	(56,0)	100,0	27
Ensemble	72,3	5 473	7,9	0,5	0,3	4,0	87,3	100,0	1 515

[1] Y compris les femmes ayant reçu les premiers soins postnatals après 41 jours.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur une faible nombre de cas non pondérés

8.4 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Lors de l'EDS-RDC, on a interrogé les femmes sur les problèmes importants auxquels elles ont été confrontées quand elles ont eu besoin de soins de santé. Le tableau 8.8 présente les résultats obtenus. Pour 76 % des femmes, obtenir l'argent pour se faire soigner a été cité comme un problème important. Ce pourcentage varie selon le bien-être économique, le niveau d'instruction et le milieu de résidence. On constate en effet que parmi les femmes du quintile le plus pauvre, 88 % ont cité ce problème pour accéder aux soins contre 54 % parmi les femmes les plus riches. Ce problème d'argent a davantage affecté les femmes du milieu rural (83 %) que celles du milieu urbain (66 %). De même, les femmes sans niveau d'instruction (85 %) ont été plus fréquemment confrontées à ce problème que celles du secondaire (66 %) et du supérieur (45 %). Des différences sont aussi observées selon les provinces : plus de 80 % des femmes à l'Équateur, dans la province Orientale et au Bandundu contre 53 % seulement à Kinshasa. L'importance de ce problème augmente sensiblement avec le nombre d'enfants vivants.

En outre, pour 44 % des femmes, le moyen de transport constitue un problème important pour se rendre à la structure de santé, et dans 40 % des cas, c'est la distance à parcourir pour atteindre le service des soins de santé qui freine l'accès aux soins de santé. Comme on pouvait s'y attendre, ces problèmes sont beaucoup plus fréquents en milieu rural qu'en milieu urbain. Ils sont aussi plus fréquents parmi les femmes qui vivent dans un ménage classé dans les deux quintiles les plus pauvres. Ces problèmes se posent différemment selon les provinces. À l'Équateur et dans la province Orientale, plus d'une femme sur deux se sont heurtées à des problèmes de distance et de moyens de transport pour atteindre les structures de santé.

Avoir la permission d'aller se faire soigner est un problème mentionné par près de 22 % des femmes. Ce problème semble davantage être lié à l'âge et au niveau d'instruction des femmes. En effet, 34 % des femmes âgées de 15-19 ans ont mentionné ce problème, contre 18 % des femmes de 35-49 ans. Une femme sans instruction sur quatre contre une sur dix parmi celles ayant un niveau supérieur ont besoin d'une permission pour aller se faire soigner. Globalement, plus de huit femmes sur dix environ (85 %) ont déclaré s'être heurtées à, au moins, un des problèmes évoqués. Il s'agit fréquemment des femmes du quintile le plus pauvre (94 %), de celles sans instruction (92 %) et de celles qui vivent en milieu rural (92 %).

Tableau 8.8 Problèmes d'accès aux soins de santé

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir rencontré des problèmes importants d'accès aux soins de santé quand elles étaient malades par type de problème, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Problèmes d'accès aux soins de santé							
Caractéristique sociodémographique	Avoir la permission d'aller se faire soigner	Obtenir l'argent pour le traitement	Distance au service de santé	Avoir à prendre un moyen de transport	Ne pas vouloir y aller seule	Craint que le prestataire ne soit pas une femme	Au moins un des problèmes pour l'accès aux soins de santé	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
15-19	33,9	76,0	42,2	43,8	40,6	20,8	87,8	2 030
20-34	19,8	75,2	39,4	43,3	23,2	14,3	84,5	5 272
35-49	17,8	76,0	41,0	45,7	20,1	11,2	84,2	2 692
Nombre d'enfants vivants								
0	29,4	72,9	38,5	40,4	35,2	19,1	84,9	2 978
1-2	21,0	75,4	41,1	45,7	24,3	14,3	84,3	2 849
3-4	16,7	77,1	42,5	45,5	21,0	12,7	85,5	1 959
5+	18,4	78,1	40,4	45,7	20,0	11,6	85,9	2 209
État matrimonial								
Célibataire	28,9	72,1	37,2	39,4	35,2	17,6	83,6	2 432
En union	20,9	76,1	42,0	45,8	22,8	14,0	85,2	6 622
Divorcée/séparée/veuve	12,7	81,0	38,0	43,4	23,7	12,9	88,1	941
Milieu de résidence								
Urbain	16,8	66,4	24,0	26,4	18,0	10,2	77,3	4 540
Rural	26,5	83,2	54,1	58,7	32,6	18,6	91,6	5 455
Province								
Kinshasa	10,5	52,7	23,0	23,5	14,9	8,4	66,5	1 575
Bas-Congo	22,0	72,1	36,1	38,8	31,6	18,5	82,7	397
Bandundu	25,2	82,7	46,6	50,6	32,7	15,6	91,6	1 518
Équateur	24,3	88,1	54,4	54,6	30,3	14,7	93,1	1 235
Orientale	19,7	81,7	49,7	56,7	29,5	11,8	86,5	1 083
Nord-Kivu	14,9	76,2	29,1	47,0	15,4	7,3	87,4	356
Sud-Kivu	25,9	72,2	29,4	37,3	20,8	10,3	84,4	426
Maniema	22,5	79,2	29,5	35,1	18,9	15,7	88,0	314
Katanga	22,1	78,1	41,9	43,2	26,5	13,8	88,1	1 073
Kasaï Oriental	32,6	75,8	39,7	44,6	34,3	24,6	86,4	1 132
Kasaï Occidental	24,9	77,4	44,8	47,0	18,9	20,5	88,1	886
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	25,6	84,8	50,4	54,3	29,1	17,5	92,1	2 081
Primaire	24,7	82,0	46,0	50,9	28,9	15,5	89,5	3 851
Secondaire	18,2	66,1	30,7	33,1	21,9	13,0	78,4	3 802
Supérieur	12,4	45,2	20,6	20,9	15,9	9,5	60,9	261
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	22,7	87,8	52,8	58,1	31,2	18,3	94,1	1 798
Second	24,0	82,1	49,9	53,6	29,7	15,7	90,5	1 967
Moyen	27,7	82,4	45,8	49,6	30,3	16,1	89,1	2 043
Quatrième	23,2	75,9	33,0	38,2	22,3	14,7	85,9	1 888
Le plus riche	14,1	54,2	24,1	24,7	17,8	10,2	69,2	2 300
Ensemble	22,1	75,6	40,4	44,0	25,9	14,8	85,1	9 995

8.5 CONNAISSANCE ET PRÉVALENCE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

La fistule obstétricale est une lésion du périnée qui touche particulièrement les femmes qui vivent dans les pays où la disponibilité et l'utilisation des services de santé maternelle et reproductive restent limitées. Causée par un accouchement prolongé, une grossesse précoce, la fistule obstétricale a, entre autres, pour conséquence l'incontinence urinaire chronique. Les moyens pour prévenir ce problème existent. Le report de l'âge au mariage, l'élargissement de l'accès aux services de planification familiale, aux soins prénatals et aux soins obstétricaux d'urgence comptent parmi les plus importants et s'inscrivent dans une stratégie plus large de maternité à moindre risque.

Lors de l'EDS-RDC, des questions ont été posées aux femmes âgées de 15 à 49 ans sur leur connaissance de la fistule. En outre, on a cherché à évaluer la proportion de femmes affectées par ce problème ou qui en avaient déjà souffert. Le tableau 8.9 présente le pourcentage de femmes qui ont entendu parler de cette maladie, ainsi que la proportion des femmes qui en souffrent actuellement. On constate que parmi les femmes de 15-49 ans, seulement 8 % ont déclaré avoir entendu parler de cette maladie.

La connaissance de la fistule varie selon les caractéristiques sociodémographiques de la femme. La proportion des femmes qui connaissent la fistule augmente avec l'âge, passant de 3 % chez les femmes de 15-19 ans à 13 % chez celles de 45-49 ans. Selon l'état matrimonial, on constate que ce sont les femmes en rupture d'union (11 %) qui ont le plus fréquemment déclaré connaître la fistule. On note aussi que la proportion de femmes qui connaissent la fistule est plus élevée en milieu rural (9 %) qu'en milieu urbain (7 %). Cette proportion augmente également avec le nombre d'enfants nés vivants, variant de 6 % chez les femmes ayant 0-1 enfant à 11 % chez celles en ayant six et plus. On note aussi des disparités entre les provinces. Au Sud-Kivu (17 %), dans la province Orientale (15 %) et au Nord-Kivu (11 %), contrairement aux autres provinces, des proportions non négligeables des femmes ont déclaré connaître la fistule.

Le tableau 8.9 présente également la prévalence de la fistule. On note que cette maladie n'est pas très répandue en RDC puisque seulement 0,3 % des femmes, soit environ 30 femmes, ont déclaré en souffrir. La faiblesse de cet effectif rend difficile l'interprétation des variations selon les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 8.9 Connaissance et prévalence de la fistule obstétricale

Pourcentage des femmes de 15-49 qui ont entendu parler de la fistule et pourcentage de femmes qui ont déjà eu une fistule, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui ont entendu parler de la fistule	Pourcentage qui ont déjà eu une fistule	Effectif de femmes
Groupe d'âges			
15-19	2,8	0,1	2 030
20-24	6,5	0,2	2 274
25-29	10,6	0,3	1 655
30-34	6,7	0,5	1 344
35-39	10,7	0,2	1 044
40-44	13,5	0,3	909
45-49	13,0	0,2	739
État matrimonial			
Célibataire	4,0	0,1	2 432
En union	9,0	0,3	6 622
Divorcée/séparée/ veuve	11,2	0,4	941
Milieu de résidence			
Urbain	6,6	0,3	4 540
Rural	9,1	0,3	5 455
Province			
Kinshasa	7,2	0,0	1 575
Bas-Congo	5,8	0,2	397
Bandundu	3,4	0,1	1 518
Équateur	8,5	0,0	1 235
Orientale	14,7	0,3	1 084
Nord-Kivu	11,3	0,9	356
Sud-Kivu	16,7	1,8	426
Maniema	8,5	0,5	315
Katanga	6,0	0,4	1 073
Kasaï Oriental	5,1	0,4	1 132
Kasaï Occidental	9,7	0,0	886
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	8,7	0,2	2 081
Primaire	7,3	0,2	3 852
Secondaire	7,9	0,4	3 802
Supérieur	15,0	0,1	261
Nombre d'enfants nés vivants			
0-1	5,5	0,2	4 160
2-3	8,3	0,2	2 190
3-5	10,4	0,3	1 566
6 ou plus	10,9	0,5	2 080
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	6,6	0,2	1 798
Second	7,8	0,1	1 967
Moyen	8,9	0,4	2 043
Quatrième	8,5	0,6	1 888
Le plus riche	8,0	0,2	2 300
Ensemble	8,0	0,3	9 995

SANTÉ DE L'ENFANT 9

Au cours de l'EDS-RDC, on a procédé à l'enregistrement, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, des informations pouvant permettre une évaluation du poids et de la taille (grosseur) à la naissance de l'enfant, de la couverture vaccinale selon la source d'information et certaines caractéristiques sociodémographiques, de la prévalence et du traitement des principales maladies des enfants (IRA, fièvre et diarrhée) ainsi que des pratiques alimentaires pendant la diarrhée. Les résultats présentés dans ce chapitre permettent d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé infantile. En comparant ces résultats à ceux d'autres enquêtes, ils permettent l'évaluation et la planification des politiques et des programmes nationaux de santé.

9.1 POIDS ET GROSSEUR À LA NAISSANCE

Le poids de l'enfant à la naissance est un déterminant important de l'état de santé du nouveau-né et de l'enfant ainsi que du niveau de la mortalité des enfants. En effet, un nouveau-né qui pèse moins de 2,5 kg à la naissance court plus de risques de mourir dans la première enfance ou de présenter des séquelles psychomotrices plus tard que les enfants dont le poids à la naissance est normal.

Pendant l'enquête, on a demandé aux femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années, quels étaient le poids de leur enfant à la naissance ainsi que la grosseur (taille approximative) de l'enfant. Les résultats sont présentés au tableau 9.1.

Selon les carnets de santé ou les déclarations de la mère, le poids à la naissance des enfants n'est connu que dans 68 % des cas ; autrement dit, pour un enfant sur trois, le poids à la naissance n'est pas connu. La proportion d'enfants dont le poids a été déclaré à la naissance varie selon les caractéristiques sociodémographiques. En milieu urbain (89 %), dans les provinces de Kinshasa (97 %) et du Bas-Congo (91 %), et parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire (87 %) et supérieur (100 %), on dispose dans pratiquement la quasi-totalité des cas du poids de l'enfant à sa naissance. À l'opposé, en milieu rural, on ne connaît le poids à la naissance des enfants que dans seulement 54 % des cas. Parmi ceux dont la mère est sans instruction, et parmi ceux des ménages du quintile le plus pauvre, ces proportions ne sont respectivement que de 49 % et 47 %. Dans les provinces, la proportion d'enfants pour lesquels on dispose d'une information sur le poids à la naissance varie d'un minimum de 43 % dans l'Équateur à un maximum de 97 % à Kinshasa. Il est important de tenir compte de ces variations qui peuvent introduire un biais quand on compare la distribution des enfants selon leur poids à la naissance.

Tableau 9.1 Taille et poids à la naissance de l'enfant

Répartition (en %) par poids à la naissance des naissances vivantes, survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et pour lesquelles un poids à la naissance a été déclaré; répartition (en %) de toutes les naissances vivantes des cinq dernières années ayant précédé l'enquête par grosseur de l'enfant estimée par la mère et pourcentage de toutes les naissances pour lesquelles un poids à la naissance a été déclaré, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Répartition (en %) des naissances dont le poids à la naissance a été déclaré: Moins de 2,5 kg	2,5 kg ou plus	Total	Effectif de naissances	Pourcentage de toutes les naissances dont le poids à la naissance a été déclaré[1]	Répartition (en %) de toutes les naissances par taille de l'enfant à la naissance: Très petit	Plus petit que la moyenne	Moyen ou plus gros que la moyenne	Total[2]	Effectif de naissances
Âge de la mère à la naissance de l'enfant										
<20	9,9	90,1	100,0	988	67,9	2,1	9,5	84,5	100,0	1 454
20-34	6,8	93,2	100,0	4 108	67,5	1,6	6,8	89,4	100,0	6 090
35-49	9,4	90,6	100,0	1 009	69,3	4,2	7,4	87,2	100,0	1 455
Rang de naissance										
1	10,8	89,2	100,0	1 311	70,9	2,7	8,4	86,7	100,0	1 850
2-3	7,0	93,0	100,0	1 968	67,8	1,4	7,8	88,0	100,0	2 902
4-5	6,7	93,3	100,0	1 344	67,1	1,6	6,9	89,4	100,0	2 003
6+	6,9	93,1	100,0	1 480	66,0	3,0	6,3	88,9	100,0	2 245
Mère fume										
Fume	14,4	85,6	100,0	112	52,6	6,0	9,8	81,2	100,0	213
Ne fume pas	7,6	92,4	100,0	5 992	68,2	2,0	7,3	88,5	100,0	8 785
Milieu de résidence										
Urbain	5,9	94,1	100,0	3 105	89,0	1,7	6,9	90,0	100,0	3 490
Rural	9,6	90,4	100,0	3 000	54,4	2,4	7,7	87,2	100,0	5 509
Province										
Kinshasa	7,2	92,8	100,0	843	97,0	1,9	7,2	90,0	100,0	869
Bas-Congo	8,4	91,6	100,0	327	90,7	2,2	8,6	89,1	100,0	361
Bandundu	8,4	91,6	100,0	955	67,4	2,8	6,1	89,5	100,0	1 415
Équateur	8,7	91,3	100,0	494	43,1	1,7	7,4	88,6	100,0	1 146
Orientale	10,9	89,1	100,0	648	63,6	3,3	6,7	86,7	100,0	1 019
Nord-Kivu	13,5	86,5	100,0	291	83,0	2,3	8,0	86,1	100,0	351
Sud-Kivu	7,4	92,6	100,0	367	84,7	1,5	7,2	87,7	100,0	433
Maniema	5,2	94,8	100,0	194	63,4	1,8	7,8	87,5	100,0	306
Katanga	7,6	92,4	100,0	553	60,4	2,0	9,9	86,5	100,0	916
Kasaï Oriental	6,9	93,1	100,0	780	63,9	2,5	8,4	87,9	100,0	1 221
Kasaï Occidental	2,7	97,3	100,0	653	67,8	0,5	5,5	89,6	100,0	962
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	9,1	90,9	100,0	1 044	49,3	2,2	8,7	85,3	100,0	2 117
Primaire	8,2	91,8	100,0	2 358	62,5	2,3	7,0	88,6	100,0	3 770
Secondaire	6,8	93,2	100,0	2 624	86,5	1,8	6,9	89,9	100,0	3 034
Supérieur	5,5	94,5	100,0	78	100,0	2,6	6,0	91,4	100,0	78
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	9,6	90,4	100,0	889	47,4	2,5	9,1	85,2	100,0	1 873
Second	10,7	89,3	100,0	1 083	53,2	3,2	7,2	86,6	100,0	2 035
Moyen	6,8	93,2	100,0	1 259	67,5	1,5	7,0	89,0	100,0	1 864
Quatrième	6,3	93,7	100,0	1 528	82,8	1,3	5,9	91,4	100,0	1 844
Le plus riche	6,6	93,4	100,0	1 346	97,3	1,8	7,6	89,8	100,0	1 383
Ensemble	7,7	92,3	100,0	6 104	67,8	2,1	7,3	88,3	100,0	8 999

[1] Selon, soit un enregistrement écrit, soit la déclaration de la mère
[2] Y compris les non déterminés

Parmi les enfants dont le poids à la naissance est connu (68 % des cas), 8 % étaient de faible poids (moins de 2,5 kg). Les résultats selon le milieu de résidence font apparaître des écarts importants, variant d'un maximum de 14 % au Nord-Kivu à 11 % dans la province Orientale et à un minimum de 3 % au Kasaï Occidental. On constate que quand la mère fume, la proportion d'enfants pesant moins de 2,5 kg à leur naissance est plus élevée que quand la mère ne fume pas (14 % contre 8 %). Le tabac est un facteur important de prématurité et de faible poids à la naissance (Yost, et.al.).

À l'opposé, dans 92 % des cas, les enfants pesaient au moins 2,5 kg. Cette proportion varie peu selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. Elle augmente légèrement avec l'âge de la mère à la naissance de l'enfant (90 % chez les moins de 20 ans, 93 % chez celles de 20-34 ans). Cette proportion n'est que de 91 % chez les mères de 35-49 ans.

La taille (grosseur) de l'enfant à la naissance a été évaluée par la question suivante : « *Quand votre enfant est né, était-il très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?* ». À cette question très subjective, les mères ont répondu dans 88 % des cas que l'enfant était moyen ou plus gros que la moyenne. Dans 7 % des cas, elles ont déclaré qu'il était plus petit que la moyenne et, enfin dans 2 % des cas, qu'il était très petit. On constate que c'est parmi les enfants dont la mère a moins de 20 ans, parmi ceux dont la mère fume (10 % dans les deux cas) et parmi ceux de rang 1 (8 %) que la proportion d'enfants considérés comme plus petits que la moyenne est la plus élevée. Les résultats selon les provinces montrent que ce sont les provinces du Katanga (10 %), du Bas Congo (9 %), du Kasaï Oriental (8 %), Maniema (8 %) et du Nord-Kivu (8 %) qui se caractérisent par les proportions les plus élevées d'enfants ayant une taille plus petite que la moyenne.

Les résultats montrent que les écarts en fonction du niveau d'instruction et selon les quintiles de bien-être du ménage sont peu importants.

9.2 VACCINATION DES ENFANTS

Conformément aux recommandations de l'OMS retenues par le Programme Élargi de Vaccination (PEV), un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu une dose de BCG (protection contre la tuberculose), trois doses de vaccin contre la poliomyélite, trois doses de DTCoq (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) et une dose du vaccin contre la rougeole. À ceux-ci s'ajoutent, depuis quelques années, une dose de vaccin contre la poliomyélite donnée à la naissance, une dose de vaccin contre la fièvre jaune et une dose du vaccin contre l'Hépatite virale B. D'après le calendrier vaccinal, tous ces vaccins doivent être administrés avant l'âge de 12 mois. Chaque enfant présenté au service de vaccination reçoit un carnet de vaccination où sont inscrits les différents vaccins qui lui sont administrés. Les données sur la vaccination ont été collectées à partir de deux sources : le carnet de vaccination de l'enfant et les déclarations verbales de la mère quand le carnet n'était pas disponible. Le tableau 9.2 présente les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information pour les enfants de 12-23 mois.

Tableau 9.2 Vaccinations selon les sources d'information

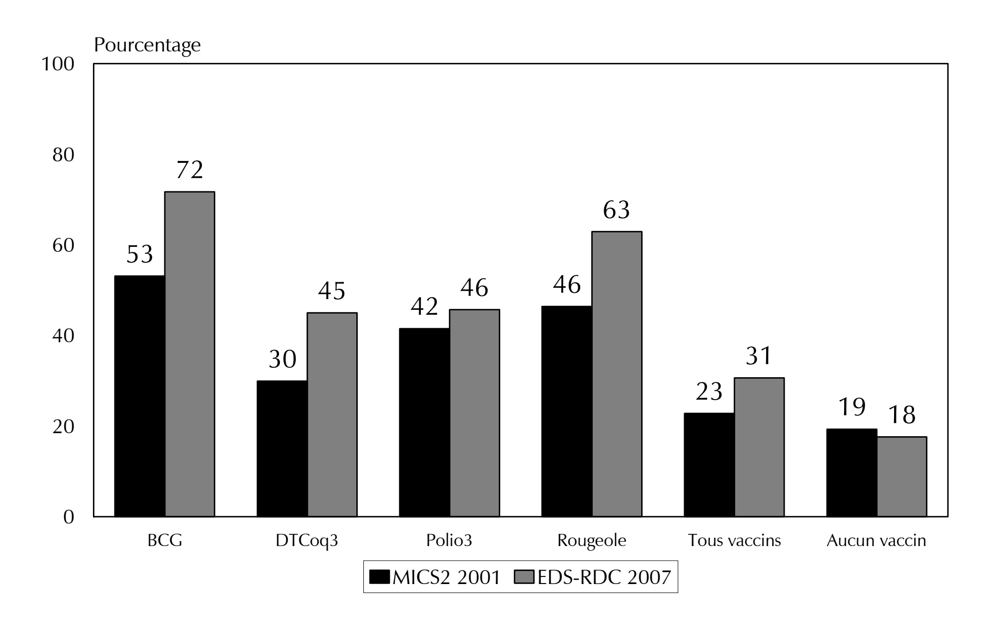
Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins, à n'importe quel moment avant l'enquête et selon que l'information provienne d'un carnet de vaccination ou des déclarations de la mère et pourcentage ayant été vacciné avant l'âge de 12 mois, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Source d'information	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio 0[1]	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucun vaccin	Vitamine A	Fièvre jaune	Effectif d'enfants
Vacciné à n'importe quel âge avant l'enquête														
Carnet de vaccination	22,3	22,9	22,1	20,4	20,7	23,3	22,7	20,8	20,5	17,5	0,1	15,6	18,8	386
Déclaration de la mère	49,4	47,7	37,0	24,6	23,6	54,3	44,8	24,9	42,5	13,1	17,5	0,0	30,8	1 200
Les deux sources	71,7	70,6	59,1	45,0	44,4	77,7	67,5	45,7	62,9	30,6	17,6	15,6	49,6	1 585
Vacciné avant l'âge de 12 mois[3]	71,6	69,6	57,8	43,8	44,3	76,6	65,8	43,9	54,9	28,4	20,1	10,1	42,1	1 585

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)
[3] Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, on suppose que la proportion de vaccins effectués au cours de la première année est la même que celle des enfants dont l'information provient d'un carnet de vaccination.

L'analyse de ces données révèle que 18 % des enfants de 12-23 mois avaient été complètement vaccinés d'après les informations tirées du carnet de vaccination. Quand on y ajoute les renseignements fournis par la mère, ce pourcentage passe à 31 %, contre un taux de vaccination de 23 % selon les résultats de l'enquête MICS2 en 2001. À l'inverse, 18 % de l'ensemble des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV (contre 19 % en 2001) et le reste des enfants (51 %), soit un enfant sur deux, ont donc été partiellement vaccinés. Par ailleurs, 28 % des enfants ont été complètement vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois, soit prêt d'un enfant sur trois, contre seulement un enfant sur dix en 2001 (14 %) (Graphique 9.1).

***Graphique 9.1* Vaccinations des enfants de 12-23 mois selon MICS2 et EDS-RDC**



Dans l'ensemble, 72 % des enfants étaient vaccinés contre le BCG (donné en principe à la naissance) au moment de l'enquête et la même proportion avait reçu cette vaccination avant l'âge de 12 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de DTCoq est également très importante (71 %), mais la déperdition entre les doses n'est pas négligeable : de 71 % pour la première dose, la proportion passe à 59 % pour la deuxième dose et à seulement 45 % pour la troisième dose. Le taux de déperdition[1] pour ce vaccin entre la première et la deuxième dose est de 16 % ; entre la première et la troisième dose, il est de 36 %. Parmi les enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois, les proportions d'enfants ayant reçu le vaccin du DTCoq sont respectivement de 70 %, 58 % et 44 % avec des taux de déperdition de 17 % entre la première et la deuxième dose et de 37 % entre la première et la troisième dose.

En ce qui concerne la vaccination contre la polio, on constate que 46 % des enfants ont reçu les trois doses, soit un peu moins d'un enfant de 12-23 mois sur deux. Les proportions d'enfants vaccinés varient en fonction des doses, de 78 % pour la première dose de vaccin à 68 % pour la deuxième dose à 46 % pour la troisième dose. Le taux de déperdition entre la première et la troisième dose est donc de 41 %. Comme le vaccin contre la poliomyélite est administré en même temps que celui contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq), on s'attendait à trouver des niveaux de couverture vaccinale proches. Ce qui n'est pas le cas. Ces couvertures sont respectivement de 78 % contre 71 % pour les premières doses (Polio1 et DTCoq1), 68 % contre 59 % pour les deuxièmes doses (Polio2 et DTCoq2) et enfin 46 % contre 45 % pour les troisièmes doses (Polio3 et DTCoq3). En outre, 63 % des enfants de 12-23 mois sont vaccinés contre la rougeole et seulement un peu plus de la moitié des enfants, soit 55 % ont été vaccinés contre la rougeole avant l'âge de 12 mois.

Le tableau 9.3 présente la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère et de l'enfant. En ce qui concerne la vaccination complète, on ne relève pratiquement pas d'écart entre les filles et les garçons (32 % contre 30 %). Par contre, la couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance : de 33 % pour le rang 1, elle tombe à 28 % pour les rangs 2 à 3, avant de remonter à 32 % pour les rangs 4 à 5 et diminuer de nouveau pour les rangs 6 et plus (31 %). Les variations selon le milieu de résidence sont importantes et mettent en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale du milieu rural (25 %) par rapport au milieu urbain (39 %). Avec 67 % des enfants complètement vaccinés, c'est le Nord-Kivu qui enregistre la meilleure couverture vaccinale, suivi de Kinshasa où 58 % des enfants ont reçu tous les vaccins du PEV. Quatre provinces (l'Équateur, la province Orientale, le Maniema, et le Kasaï Occidental) ont des couvertures inférieures à 20 %. Il faut notser cependant que la proportion d'enfants complètement vaccinés augmente avec le niveau d'instruction de la mère : de 21 % pour les enfants de mères non instruites contre 40 % pour ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Il en est de même pour le niveau de vie des ménages (quintile de bien-être économique) : le taux de couverture vaccinale augmente avec le niveau économique du ménage de l'enfant. De 20 % dans les ménages les plus pauvres, le taux passe à 50 % dans les ménages les plus riches, soit de un enfant sur cinq dans les ménages du quintile le plus pauvre contre un enfant sur deux dans ceux du quintile le plus riche.

[1] Le taux de déperdition pour le DTCoq, par exemple, est la proportion d'enfants qui, ayant reçu la première dose du vaccin, ne reçoivent pas la troisième. Toutefois, cet indicateur peut se calculer entre des doses successives.

Tableau 9.3 Vaccinations selon les caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêteur, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	BCG	DTCoq			Polio				Rougeole	Tous les vaccins[2]	Aucun vaccin	Vitamine A	Fièvre jaune	Pourcentage avec carnet de vaccination montré	Effectif d'enfants
		1	2	3	0[1]	1	2	3							
Sexe															
Masculin	73,4	69,3	58,7	44,4	47,3	79,7	66,7	43,8	61,9	29,6	16,1	16,1	49,7	25,7	800
Féminin	69,9	72,0	59,5	45,7	41,4	75,6	68,5	47,6	63,9	31,6	19,2	15,0	49,5	22,9	786
Rang de naissance															
1	74,5	74,7	64,4	48,8	49,4	81,2	66,9	49,3	65,8	33,4	15,8	19,8	55,3	27,7	295
2-3	67,7	66,4	54,9	41,9	40,1	74,1	64,4	40,9	59,6	27,5	20,6	11,9	45,5	21,8	500
4-5	72,0	68,7	59,8	44,8	43,9	76,3	69,5	44,9	64,7	32,3	19,0	15,5	48,3	22,4	379
6+	74,2	74,5	60,0	46,3	46,4	80,7	70,0	49,5	63,3	30,6	14,1	17,0	51,8	26,8	412
Milieu de résidence															
Urbain	85,2	83,0	72,1	59,5	55,0	87,9	78,4	51,7	73,3	38,7	8,1	17,5	59,9	28,5	617
Rural	63,1	62,7	50,9	35,8	37,6	71,1	60,6	41,8	56,3	25,4	23,7	14,4	43,0	21,7	968
Province															
Kinshasa	94,3	94,6	87,9	81,1	69,2	95,1	89,1	63,9	91,3	57,8	3,7	29,2	79,8	39,4	163
Bas-Congo	92,1	99,0	93,1	83,4	54,3	99,1	91,7	73,6	88,0	59,7	0,0	18,2	82,7	35,6	58
Bandundu	81,2	82,0	73,8	62,7	52,8	85,1	76,9	57,7	78,7	44,0	11,3	24,7	71,1	32,2	261
Équateur	54,9	57,1	42,8	22,2	26,0	64,0	56,2	33,6	41,9	14,6	27,4	8,8	28,6	15,1	204
Orientale	57,5	53,7	44,7	25,7	37,4	62,2	52,3	30,9	49,8	18,1	30,6	13,6	33,4	17,8	186
Nord-Kivu	94,5	93,4	91,1	83,3	68,3	93,1	88,9	71,7	85,8	66,5	5,1	30,0	72,0	38,6	56
Sud-Kivu	88,0	86,2	69,8	54,5	50,8	87,8	76,2	54,0	84,0	37,3	10,4	11,0	67,5	17,4	79
Maniema	54,6	51,9	38,3	17,4	22,2	67,8	51,0	28,2	44,6	9,9	31,0	1,9	23,1	5,9	58
Katanga	59,5	60,4	51,6	38,6	42,9	70,5	58,2	38,6	51,7	25,0	28,1	10,9	40,9	28,2	139
Kasaï Oriental	69,8	65,7	49,2	36,3	40,3	79,5	69,0	42,2	58,8	21,2	10,6	12,4	39,6	18,6	211
Kasaï Occidental	67,0	61,0	42,9	27,0	36,7	72,4	54,9	34,3	45,4	14,8	24,0	7,7	31,7	21,0	169
Niveau d'instruction de la mère															
Aucune instruction	55,5	55,9	44,9	33,4	36,6	68,7	55,8	34,8	49,1	21,0	27,0	11,3	37,4	20,2	346
Primaire	67,6	66,2	55,1	39,1	40,5	74,7	63,6	43,8	57,8	26,5	20,1	14,7	45,8	22,1	660
Secondaire	85,8	84,0	71,7	57,9	52,4	86,1	78,5	53,6	76,6	39,9	9,4	18,7	60,5	28,4	564
Supérieur	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	15
Quintile de bien-être économique															
Le plus pauvre	61,8	55,4	42,7	27,8	32,9	70,8	54,6	34,5	51,2	19,6	25,8	9,0	38,0	14,5	372
Second	62,3	64,2	50,6	35,5	38,6	69,2	61,2	42,7	56,4	25,3	23,5	17,3	42,9	27,8	328
Moyen	62,4	68,0	57,8	43,9	40,3	74,3	66,9	46,8	60,4	30,0	20,4	21,2	47,7	26,4	323
Quatrième	83,2	78,5	68,6	52,8	51,5	82,8	73,1	47,8	67,0	32,8	11,6	11,0	50,0	20,2	289
Le plus riche	95,2	93,8	83,5	73,2	64,1	95,6	87,7	61,0	85,3	50,1	2,4	20,7	75,2	35,3	273
Ensemble	71,7	70,6	59,1	45,0	44,4	77,7	67,5	45,7	62,9	30,6	17,6	15,6	49,6	24,3	1 585

[1] Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.
[2] BCG, rougeole, les trois doses de DTCoq et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance)
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

9.3 MALADIES DES ENFANTS

9.3.1 Infections respiratoires et fièvre

Les infections respiratoires aiguës (IRA) constituaient, en 2005, la quatrième cause de décès en milieu hospitalier en RDC (Ministère de la Santé, 2005). Pour évaluer la prévalence de ces infections chez les enfants, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient souffert de la toux pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête et, si oui, si elle avait été accompagnée d'une respiration courte et rapide (symptômes caractéristiques d'IRA : toux, rhume, respiration difficile). La fièvre pouvant être un symptôme important de nombreuses maladies, on a donc également demandé aux mères si leurs enfants avaient eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. En outre, pour les enfants ayant présenté des symptômes d'IRA et ceux ayant eu de la fièvre, on a cherché à savoir s'ils avaient été conduits en consultation ou si on avait recherché des conseils ou un traitement. Enfin, pour les enfants ayant eu de la fièvre, on s'est intéressé aux traitements éventuels qui avaient été donnés.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, on constate que 15 % des enfants avaient souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 9.4). Ces infections sont plus fréquentes chez les enfants de 6-11 mois (23 % des cas) (Graphique 9.2). Ceci pourrait être associé à la baisse graduelle de l'immunité due au sevrage précoce des enfants ainsi que le démarrage de la position assise que prônent les parents à ces âges.

On ne note pas de différence de prévalence des IRA entre les garçons et les filles (respectivement, 16 % et 15 %), tout comme aucune différence significative n'est notée entre les enfants dont la mère fume des cigarettes ou du tabac (14 % des cas) et ceux dont les mères ne fument pas (16 % des cas).

Par contre une nette différence existe entre le type de combustible utilisé et l'occurrence des IRA : 8 % des cas dans les foyers qui utilisent l'électricité contre 17 % et 15 % (soit deux fois plus) pour les foyers qui cuisinent avec le charbon de bois ou le bois/paille. On constate également très peu de variations selon les provinces, les deux Kasaï, et le Sud-Kivu ayant les pourcentages les plus élevés d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté des symptômes d'IRA. Le milieu rural semble être le plus concerné avec 17 % des cas contre 14 % pour le milieu urbain. Enfin en ce qui concerne le niveau d'instruction de la mère, on constate très peu d'écart entre les catégories d'enfants (16 %, 17 %, 14 % et 18 %).

Par ailleurs, en ce qui concerne le niveau de vie du ménage, on note que la prévalence des IRA décroît légèrement des ménages les plus pauvres (17 %) aux plus riches (11 %).

Tableau 9.4 Prévalence et traitement des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA)

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé et pourcentage à qui on a administré des antibiotiques comme traitement, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

			Enfants avec des symptômes d'IRA	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage avec des symptômes d'IRA	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé[1]	Effectif d'enfants
Âge en mois				
<6	18,6	934	43,7	174
6-11	23,1	820	51,3	190
12-23	18,6	1 585	43,8	295
24-35	17,1	1 664	40,4	284
36-47	10,5	1 513	33,8	159
48-59	9,0	1 493	34,8	134
Sexe				
Masculin	16,1	3 887	44,6	626
Féminin	14,8	4 122	39,1	611
Mère fume				
Fume	14,3	190	*	27
Ne fume pas	15,5	7 818	42,2	1 209
Combustible utilisé pour cuisiner				
Électricité ou gaz	7,7	261	*	20
Charbon de bois	16,6	2 185	41,7	364
Bois/Paille	15,4	5 524	41,1	850
Milieu de résidence				
Urbain	13,7	3 186	44,9	435
Rural	16,6	4 823	40,3	801
Province				
Kinshasa	8,9	811	61,3	72
Bas-Congo	8,6	321	(52,9)	27
Bandundu	11,4	1 282	42,4	147
Équateur	10,6	1 000	34,3	106
Orientale	14,9	910	47,0	135
Nord-Kivu	14,4	323	58,1	46
Sud-Kivu	22,1	380	42,3	84
Maniema	18,4	262	50,9	48
Katanga	14,5	781	43,9	113
Kasaï Oriental	25,5	1 074	30,3	274
Kasaï Occidental	21,1	865	42,3	183
Niveau d'instruction de la mère				
Aucune instruction	15,5	1 806	36,1	279
Primaire	16,5	3 346	42,4	552
Secondaire	14,1	2 783	44,0	392
Supérieur	18,5	74	*	14
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	17,1	1 624	39,3	277
Second	15,3	1 767	43,0	270
Moyen	15,9	1 682	36,4	268
Quatrième	17,2	1 640	42,6	282
Le plus riche	10,8	1 295	53,9	139
Ensemble	15,4	8 009	41,9	1 237

Note : Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide liée à des problèmes pulmonaires) sont considérés comme une mesure indirect de la pneumonie.
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les praticiens traditionnels
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Pour seulement 42 % des enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës, on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé. Les enfants de moins de 6 mois, ceux de 6-11 mois et ceux de 12-23 mois sont ceux pour lesquels on a recherché le plus fréquemment des conseils ou traitement dans un établissement sanitaire (respectivement 44 %, 51 % et 44 %). Les traitements ont été plus fréquemment recherchés pour les garçons que pour les filles (45 % contre 39 %). Le recours aux établissements sanitaires présente un écart assez important selon le milieu de résidence (45 % pour le milieu urbain et 40 % pour le milieu rural). Concernant les provinces, on remarque que les enfants pour lesquels on a recherché le plus fréquemment un traitement sont ceux de la ville province de Kinshasa (61 %) contre seulement 30 % dans le Kasaï Oriental. On constate, par ailleurs, que ce sont les enfants des femmes qui ont le niveau primaire ou secondaire pour lesquels on a recherché le plus fréquemment des soins (respectivement 42 % et 44 %) contre seulement 36 % pour ceux dont la mère n'a aucune instruction. Les enfants des ménages les plus riches ont plus fréquemment bénéficié de traitement quand ils étaient malades que ceux des autres ménages (54 % contre 43 % pour le second quintile et 39 % pour le quintile le plus pauvre).

Les résultats du tableau 9.5 montrent qu'au niveau national, près de trois enfants sur dix (31 %) ont eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview. Cette fièvre était plus fréquente chez les enfants de 6-11 mois, de 12-23 mois et de 24-35 mois (respectivement 38 %, 41 % et 33 %) que chez les plus jeunes (Graphique 9.2). La fièvre est aussi fréquente chez les filles que chez les garçons (30 % contre 32 %). La prévalence de la fièvre est quasi identique en milieu rural et en milieu urbain (32 % contre 30 %). De même les résultats selon le niveau d'instruction des femmes montrent que les enfants sont touchés indépendamment du niveau d'instruction de la mère : 31 % pour ceux dont la mère est sans aucune instruction, 33 % pour ceux dont la mère a un niveau primaire contre 32 % pour ceux dont la mère a un niveau supérieur. Au niveau des provinces, c'est dans le Maniema (42 %), le Kasaï Occidental (39 %) et le Kasaï Oriental (35 %) que la prévalence de la fièvre est la plus élevée.

Parmi les 31 % des enfants ayant souffert de fièvre, on a recherché un traitement dans 45 % des cas. Dans les provinces, le pourcentage d'enfants pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès de personnel de santé varie d'un minimum de 35 % dans le Kasaï Oriental à 67 % dans la ville province de Kinshasa. Cette proportion augmente avec le niveau d'instruction de la mère ainsi qu'avec l'amélioration du niveau socio-économique du ménage. Elle est aussi plus élevée en milieu urbain que rural, certainement en raison de la proximité des services de soins (48 % contre 44 %). En outre, environ un enfant sur trois (30 %) a été traité avec des antipaludéens contre un enfant sur deux (52 %) lors de l'enquête MICS2. Le changement de politique nationale concernant la prise en charge du paludisme simple intervenu en 2005 peut expliquer cette baisse, le traitement recommandé (ACT) n'étant pas partout disponible sur tout le territoire national et, de plus, son coût est plus élevé que la SP.

Tableau 9.5 Prévalence et traitement de la fièvre

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, parmi ces enfants, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé et pourcentage ayant pris des antipaludéens, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage avec de la fièvre	Effectif d'enfants	Enfants avec de la fièvre		
			Pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé[1]	Pourcentage qui ont pris des antipaludéens	Effectif d'enfants avec de la fièvre
Âge en mois					
<6	29,5	934	43,9	23,0	276
6-11	38,0	820	50,4	30,1	312
12-23	41,2	1 585	46,3	29,7	654
24-35	33,3	1 664	43,3	35,5	555
36-47	25,1	1 513	40,4	25,7	380
48-59	19,6	1 493	47,2	30,3	293
Sexe					
Masculin	31,8	3 887	47,1	29,7	1 234
Féminin	30,0	4 122	43,0	29,9	1 235
Milieu de résidence					
Urbain	29,8	3 186	47,5	38,8	950
Rural	31,5	4 823	43,5	24,1	1 519
Province					
Kinshasa	28,2	811	67,3	39,5	229
Bas-Congo	27,9	321	55,4	36,9	90
Bandundu	25,4	1 282	46,0	34,0	326
Équateur	28,6	1 000	36,6	30,3	286
Orientale	29,0	910	48,7	27,0	264
Nord-Kivu	29,9	323	39,8	18,0	96
Sud-Kivu	33,4	380	53,2	17,6	127
Maniema	41,9	262	49,1	29,1	110
Katanga	29,4	781	38,6	30,1	229
Kasaï Oriental	34,8	1 074	35,4	20,0	374
Kasaï Occidental	39,3	865	42,9	37,5	339
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	30,6	1 806	38,8	19,4	553
Primaire	32,9	3 346	44,3	29,4	1 101
Secondaire	28,5	2 783	49,4	36,5	792
Supérieur	31,6	74	(78,6)	(61,5)	24
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	34,8	1 624	37,8	23,9	566
Second	28,2	1 767	46,0	27,2	499
Moyen	31,4	1 682	43,5	27,5	528
Quatrième	32,9	1 640	41,9	34,2	539
Le plus riche	26,0	1 295	63,3	39,8	337
Ensemble	30,8	8 009	45,1	29,8	2 469

[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les praticiens traditionnels
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

9.3.2 Diarrhée

Les maladies diarrhéiques, de par leurs conséquences (déshydratation et malnutrition), constituent, directement ou indirectement, une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. En 2005, la diarrhée simple était la troisième cause de décès en milieu hospitalier en RDC ainsi que la troisième cause de consultation et la quatrième cause d'hospitalisation dans les formations sanitaires parmi les enfants de moins de cinq ans. (Ministère de la Santé, 2005). L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation et donc réduire les décès dus à la diarrhée, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir du contenu de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

Au cours de l'EDS-RDC, on a demandé aux mères si leurs enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, afin de mesurer la prévalence des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne le traitement de la diarrhée, on a demandé aux mères si elles connaissaient le SRO et si, durant les épisodes diarrhéiques, elles avaient utilisé cela et/ou une solution d'eau salée et sucrée. De l'examen des données du tableau 9.6, il ressort que 16 % des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhée pendant les deux semaines ayant précédé l'enquête.

La prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6-23 mois avec respectivement des taux de 30 % et 26 % (Graphique 9.2). Ces âges de forte prévalence sont aussi les âges auxquels les enfants commencent à recevoir des aliments autres que le lait maternel et à être sevrés. Ils correspondent aussi aux âges auxquels les enfants commencent à explorer leur environnement, ce qui les expose davantage à la contamination par des agents pathogènes.

Tableau 9.6 Prévalence de la diarrhée

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête	Effectif d'enfants
Âge en mois		
<6	12,4	934
6-11	29,8	820
12-23	25,8	1 585
24-35	18,1	1 664
36-47	10,0	1 513
48-59	6,1	1 493
Sexe		
Masculin	16,6	3 887
Féminin	16,2	4 122
Source d'eau à boire[1]		
Améliorée	15,3	3 406
Non améliorée	17,4	3 949
Toilettes[2]		
Améliorées, privées	14,7	2 988
Rudimentaires ou en commun	17,7	4 780
Milieu de résidence		
Urbain	15,7	3 186
Rural	16,9	4 823
Province		
Kinshasa	13,4	811
Bas-Congo	10,9	321
Bandundu	11,4	1 282
Équateur	14,1	1 000
Orientale	15,6	910
Nord-Kivu	17,8	323
Sud-Kivu	16,6	380
Maniema	16,5	262
Katanga	15,4	781
Kasaï Oriental	23,2	1 074
Kasaï Occidental	24,0	865
Niveau d'instruction de la mère		
Aucune instruction	15,8	1 806
Primaire	18,9	3 346
Secondaire	13,9	2 783
Supérieur	13,8	74
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	17,0	1 624
Second	15,7	1 767
Moyen	16,2	1 682
Quatrième	18,3	1 640
Le plus riche	14,4	1 295
Ensemble	16,4	8 009

[1] Se reporter au tableau 2.6 pour la définition des catégories
[2] Se reporter au tableau 2.7 pour la définition des catégories

On ne constate pas de variations importantes selon les autres caractéristiques sociodémographiques. La proportion de garçons ayant eu la diarrhée est proche de celle des filles (17 % contre 16 %). Du point de vue du milieu de résidence, on enregistre une très légère différence entre les enfants vivant en milieu urbain et ceux vivant en milieu rural (respectivement 16 % et 17 %). Considérant le type de toilettes utilisées par le ménage, on constate que la prévalence de la diarrhée parmi les enfants vivant dans un ménage qui utilise des toilettes améliorées ou privées est légèrement plus faible que celle des enfants qui vivent dans un ménage qui utilise des toilettes non améliorées ou communes (15 % contre 18 %). C'est entre les provinces que l'on observe les écarts les plus importants. En effet, la proportion d'enfants ayant eu la diarrhée varie d'un maximum de 23 % et 24 % dans les deux Kasaï (tout comme pour les IRA 26 % et 21 %) à un minimum de 11 % dans le Bas-Congo et le Bandundu. Concernant le niveau d'instruction de la mère, on constate que c'est parmi les enfants dont la mère a un niveau primaire que la prévalence de la diarrhée est la plus élevée (19 %). On note enfin une prévalence de la diarrhée plus élevée dans le quintile le plus pauvre que dans le plus riche (17 % contre 14 %).

Le tableau 9.7 présente les proportions de femmes qui connaissent les sachets de SRO selon les caractéristiques sociodémographiques. On observe que 78 % des femmes connaissent les SRO. Cependant ce niveau de connaissance est plus élevé en milieu urbain (82 %) qu'en milieu rural (76 %) et chez les mères instruites (au moins 76 %) que chez celles n'ayant aucun niveau d'instruction (67 %). Au niveau des provinces, les proportions les plus faibles sont observées dans la province Orientale (69 %) et à l'Équateur (70 %) alors que les proportions les plus élevées sont observées dans la ville province de Kinshasa (87 %) ; dans le Bandundu, le Nord-Kivu et le Maniema, la proportion est de 86 %. Selon l'indice de bien-être des ménages, on constate que la connaissance du SRO par les femmes passe de 72 % dans les ménages les plus pauvres à 88 % dans les plus riches.

Graphique 9.2 Prévalence des IRA, de la fièvre et de la diarrhée selon l'âge

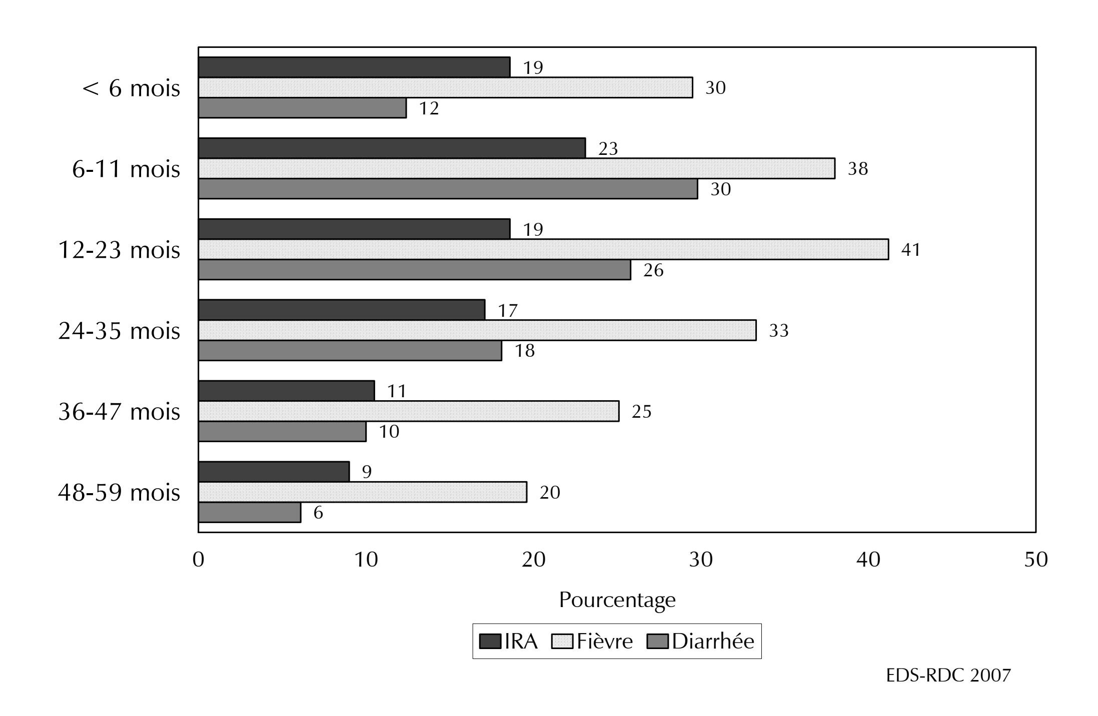


Tableau 9.7 Connaissance des sachets de SRO

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et qui connaissent les sachets de SRO pour le traitement de la diarrhée selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes qui connaissent les sachets de SRO	Effectif de femmes
Groupe d'âges		
15-19	70,0	376
20-24	74,6	1 502
25-34	79,4	2 251
35-49	82,7	1 343
Milieu de résidence		
Urbain	81,8	2 189
Rural	75,9	3 284
Province		
Kinshasa	87,0	605
Bas-Congo	81,7	232
Bandundu	86,4	877
Équateur	69,6	706
Orientale	68,5	620
Nord-Kivu	85,5	201
Sud-Kivu	80,7	233
Maniema	86,4	189
Katanga	74,7	566
Kasaï Oriental	74,1	681
Kasaï Occidental	78,6	564
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	67,1	1 258
Primaire	75,5	2 256
Secondaire	88,4	1 901
Supérieur	97,8	58
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	71,7	1 123
Second	72,7	1 204
Moyen	77,7	1 163
Quatrième	83,8	1 078
Le plus riche	87,8	906
Ensemble	78,3	5 473

SRO = Sels de Réhydratation Orale

Le tableau 9.8 présente les résultats concernant les divers traitements donnés aux enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, dans seulement un cas sur trois, soit 33 % des enfants, on a recherché des conseils ou un traitement pour sa maladie. Cette proportion est cependant un peu plus élevée parmi les enfants de moins de 6 mois (38 %), de 6-11 mois (36 %) et ceux de 12-23 mois (38 %).

En ce qui concerne les provinces, on constate que la proportion d'enfants pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement est plus élevée au Katanga (50 %), au Maniema (50 %) et au Nord-Kivu (45 %) qu'ailleurs. On note une petite différence selon le milieu de résidence, pour 35 % des enfants du milieu urbain contre 31 % pour ceux du milieu rural, des conseils ou un traitement ont été recherchés. Selon le niveau d'instruction de la mère, on constate que ce sont les enfants dont la mère a un niveau primaire qui ont été proportionnellement les moins nombreux à recevoir des conseils ou un traitement (29 % contre 37 % parmi ceux dont la mère n'a aucune instruction et 35 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire). La proportion d'enfants pour qui on a recherché des conseils ou un traitement évolue de manière irrégulière selon les quintiles et aucune tendance ne semble se dégager.

Alors qu’une forte proportion (78 %) de femmes qui ont eu une naissance dans les cinq ans ayant précédé l’enquête ont déclaré connaître le SRO, le tableau 9.8 montre qu’un enfant ayant eu la diarrhée sur cinq n’a bénéficié d’aucun type de réhydratation ni d’autre traitement (20 %). Seul un enfant sur trois (31 %) a reçu des sachets de SRO, 20 % des enfants ont reçu une solution d’eau, de sel et de sucre préparée à la maison et un peu moins d’un enfant sur deux, soit 45 % a reçu l’une et/ou l’autre forme de TRO. Ces résultats démontrent que de nombreuses femmes ne mettent pas en pratique leur connaissance de la TRO. On pourrait expliquer cette situation probablement par des raisons d’accessibilité aux centres de santé et par la disponibilité des traitements au sein de la communauté.

Globalement, un peu plus d’un enfant sur six (62 %) a été traité, au cours de sa maladie, à l’aide d’une TRO ou a bénéficié d’une augmentation de la quantité des liquides données. Cette proportion est plus élevée parmi les enfants de 12-23 mois (66 %) et ceux de 48-59 mois (66 %). De même, on note en milieu rural que 65 % des enfants ont reçu une TRO ou une augmentation des liquides alors que cette proportion n’est que de 57 % en milieu urbain. Dans les provinces, on note des écarts : ce sont les enfants du Bandundu qui ont le plus fréquemment reçu ce traitement quand ils étaient malades (71 %). À l’opposé, dans le Kasaï Occidental, cette proportion n’est que de 53 %. En outre, on note que les enfants dont la mère est instruite ont reçu plus fréquemment une TRO ou une augmentation des liquides lors des épisodes diarrhéiques (64 % pour les niveaux primaire et secondaire) que ceux dont la mère n’a aucune instruction (56 %). Enfin, on note que c’est dans les ménages du second quintile et dans ceux du quintile le plus riche que la proportion d’enfants traités est la plus faible (respectivement 57 % et 55 %).

Par ailleurs, pendant les épisodes de diarrhée, certains enfants ont reçu divers types de traitement, donnés seuls ou en plus de la réhydratation orale. Les traitements administrés sont principalement des comprimés ou du sirop (28 %) et des remèdes traditionnels (24 %).

Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d’aliments à l’enfant. Le tableau 9.9 présente les résultats concernant les pratiques alimentaires pendant la diarrhée. On constate que 29 % des enfants ayant eu la diarrhée ont reçu la même quantité de liquides que d’habitude ; 35 % en ont reçu plus lorsqu’ils étaient malades ; 16 % en ont reçu un peu moins et 13 % en ont reçu beaucoup moins. En ce qui concerne les aliments, on constate que dans 6 % des cas les rations alimentaires ont été augmentées. La ration alimentaire n’a pas changé dans 32 % des cas et pour 33 % des enfants, elle a même été diminuée. Enfin l’alimentation a été très réduite dans 11 % des cas, voire complètement stoppée dans 11 % des cas. Ces résultats indiquent qu’une forte proportion de femmes ne connaissent pas et/ou ne respectent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques et qu’elles font donc courir de grands risques à leurs enfants.

Tableau 9.8 Traitement de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage pour lesquels on a recherché un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, pourcentage ayant reçu une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO), pourcentage à qui on a augmenté les quantités de liquides, pourcentage ayant été traité avec une TRO ou à qui on a augmenté les quantités de liquides et pourcentage d'enfants à qui on a administré d'autres traitements, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage avec diarrhée pour lesquels on a cherché un traitement	Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO)			Augmentation de la quantité des liquides	TRO ou augmentation de la quantité des liquides	Autres traitements			Pas de traitement	Effectif d'enfants
		Sachets de SRO	Solution maison	SRO ou solution maison			Comprimés ou sirop	Solution intraveineuse	Remède maison/ autre		
Âge en mois											
<6	38,0	30,9	25,2	50,1	21,8	56,4	21,7	1,2	25,8	28,9	116
6-11	35,7	37,6	16,9	49,0	28,2	59,3	25,7	1,2	24,4	23,8	244
12-23	37,7	34,1	20,8	49,2	37,2	66,1	30,9	0,7	25,5	17,9	409
24-35	27,5	27,4	19,6	39,8	42,2	62,7	27,1	1,0	24,0	20,4	302
36-47	28,0	21,2	18,9	34,5	35,0	56,7	27,0	0,0	22,1	19,8	152
48-59	19,6	24,9	19,8	42,3	38,3	66,0	29,2	0,6	22,0	13,0	91
Sexe											
Masculin	32,1	33,2	18,7	46,1	38,2	64,6	27,0	0,9	24,0	21,4	647
Féminin	33,1	28,5	21,0	43,8	32,2	59,7	28,3	0,7	24,8	19,5	666
Milieu de résidence											
Urbain	34,7	35,3	12,7	43,6	33,1	57,4	32,4	1,1	16,7	22,1	499
Rural	31,4	28,1	24,3	45,7	36,4	65,0	24,8	0,7	29,1	19,4	814
Province											
Kinshasa	33,1	36,4	12,0	47,6	43,6	64,2	33,9	0,8	17,8	20,2	109
Bas-Congo	36,9	44,0	5,2	49,2	41,8	69,2	32,8	0,0	23,1	10,4	35
Bandundu	35,7	44,0	31,7	61,0	28,1	71,2	20,0	0,0	25,0	21,9	146
Équateur	30,5	22,5	19,8	41,3	43,4	64,4	34,4	0,3	30,3	13,8	141
Orientale	24,7	12,4	20,2	29,1	39,9	56,4	40,4	0,1	25,6	21,8	142
Nord-Kivu	45,3	46,2	8,8	52,2	37,6	64,8	36,7	0,5	21,3	17,4	57
Sud-Kivu	32,2	31,8	20,4	38,5	43,1	56,8	20,5	0,0	20,5	25,3	63
Maniema	49,6	47,0	18,2	54,6	34,3	68,0	24,9	1,2	27,9	13,3	43
Katanga	50,2	29,0	26,6	50,2	37,3	69,2	28,3	0,0	29,7	13,0	120
Kasaï Oriental	19,1	28,9	21,6	44,8	31,1	60,5	25,9	2,4	14,1	24,2	249
Kasaï Occidental	35,5	30,0	15,5	39,9	26,2	53,3	17,7	1,2	33,3	25,4	207
Niveau d'instruction de la mère											
Aucune instruction	37,4	23,5	22,6	39,9	31,0	55,9	19,5	0,0	36,7	20,6	285
Primaire	28,7	29,5	19,1	42,5	39,2	63,8	28,4	1,4	21,6	22,2	633
Secondaire	34,9	37,9	19,6	52,4	31,6	64,1	32,4	0,5	19,8	17,3	386
Supérieur	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	37,2	19,2	25,3	40,1	40,2	65,4	23,5	0,0	36,0	17,5	276
Second	29,7	31,5	20,4	43,0	35,6	57,3	19,0	1,2	23,3	24,3	277
Moyen	32,3	30,1	19,1	44,7	33,3	66,0	34,1	1,8	26,0	20,5	273
Quatrième	29,0	40,9	19,6	52,4	33,9	64,4	27,5	0,5	17,0	20,1	300
Le plus riche	36,7	31,8	12,8	43,3	31,6	55,1	37,6	0,5	18,1	19,4	187
Ensemble	32,6	30,8	19,9	44,9	35,1	62,1	27,7	0,8	24,4	20,4	1 313

Note : La TRO comprend la solution préparée à partir des Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou les solutions maison recommandées.
[1] Non compris les pharmacies, les boutiques et les praticiens traditionnels
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Tableau 9.9 Pratiques alimentaires pendant la diarrhée

Répartition (en %) des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête par quantité de liquides et d'aliments donnée par rapport aux quantités habituelles, pourcentage d'enfants à qui on a augmenté la quantité de liquides et qui ont continué à s'alimenter pendant l'épisode diarrhéique, et pourcentage d'enfants traités au moyen d'une TRO ou pour lesquels on a augmenté la quantité de liquides et qui ont continué à s'alimenter durant les épisodes diarrhéiques, certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Quantité de liquides offerts						Quantité d'aliments offerts							Pourcentage pour lesquels on a augmenté la quantité de liquides et qui ont continué à être alimenté[2,3]	Pourcentage traité avec une TRO ou qui ont eu leur quantité de liquides augmentés et qui ont continué à être alimenté[2]	Effectif d'enfants avec la diarrhée
	Davantage	Même que d'habitude	Un peu moins	Beaucoup moins	Rien	Total[1]	Davantage	Même que d'habitude	Un peu moins	Beaucoup moins	Rien	N'a jamais donné à manger	Total[1]			
Âge en mois																
<6	21,8	37,4	13,8	11,2	15,8	100,0	1,0	30,1	17,1	9,3	5,4	36,0	100,0	10,4	55,7	116
6-11	28,2	30,5	15,3	14,9	10,8	100,0	4,6	36,4	30,5	8,4	15,6	4,5	100,0	18,1	55,4	244
12-23	37,2	29,9	17,3	10,4	4,2	100,0	5,4	25,6	36,7	14,3	13,5	4,3	100,0	23,7	60,0	409
24-35	42,2	23,5	12,0	18,3	3,4	100,0	8,3	38,7	31,0	9,3	11,1	1,1	100,0	32,5	58,6	302
36-47	35,0	32,3	17,6	7,3	4,4	100,0	8,4	34,5	34,7	12,3	4,9	1,4	100,0	26,4	52,0	152
48-59	38,3	20,4	20,4	10,3	5,5	100,0	1,4	28,6	43,5	9,2	10,3	3,7	100,0	29,3	60,2	91
Sexe																
Masculin	38,2	28,2	13,2	12,6	6,6	100,0	8,6	30,2	32,1	11,1	12,5	4,8	100,0	26,7	59,9	647
Féminin	32,2	29,4	18,0	12,9	6,1	100,0	2,7	34,2	33,4	10,9	10,4	7,2	100,0	21,8	55,2	666
Milieu de résidence																
Urbain	33,1	30,7	15,4	12,4	7,7	100,0	3,5	31,1	37,6	11,6	10,1	5,6	100,0	23,1	54,0	499
Rural	36,4	27,6	15,8	13,0	5,6	100,0	6,9	32,9	29,8	10,7	12,2	6,3	100,0	24,8	59,7	814
Province																
Kinshasa	43,6	33,8	6,8	11,0	2,7	100,0	1,7	30,2	43,6	20,2	2,9	1,5	100,0	32,7	60,5	109
Bas-Congo	41,8	32,1	15,9	6,8	3,4	100,0	4,4	47,8	20,9	14,7	5,8	4,6	100,0	26,5	57,5	35
Bandundu	28,1	35,7	19,5	13,2	3,5	100,0	5,8	40,9	14,9	8,4	23,6	6,5	100,0	12,2	67,9	146
Équateur	43,4	19,2	18,0	11,7	5,6	100,0	5,1	30,8	34,3	15,8	5,0	7,2	100,0	31,9	58,7	141
Orientale	39,9	27,6	18,4	6,7	7,3	100,0	5,4	44,3	32,4	7,3	7,8	2,4	100,0	31,4	52,7	142
Nord-Kivu	37,6	28,2	8,2	12,6	13,3	100,0	11,1	40,1	19,9	7,2	13,0	8,7	100,0	30,1	61,4	57
Sud-Kivu	43,1	28,2	6,9	7,9	8,5	100,0	1,9	19,7	40,0	4,1	21,9	6,2	100,0	24,7	49,7	63
Maniema	34,3	29,9	7,2	15,0	11,2	100,0	3,4	29,7	39,8	10,1	10,1	6,0	100,0	22,7	66,1	43
Katanga	37,3	22,0	18,5	13,4	8,7	100,0	5,4	31,0	39,1	11,3	8,2	4,9	100,0	26,7	63,9	120
Kasaï Oriental	31,1	29,6	19,1	13,8	5,7	100,0	8,8	33,7	29,9	9,8	8,2	8,7	100,0	24,2	57,1	249
Kasaï Occidental	26,2	31,3	14,8	18,8	6,8	100,0	4,5	18,5	40,4	11,5	17,5	6,6	100,0	14,7	47,5	207
Niveau d'instruction de la mère																
Aucune instruction	31,0	27,2	18,5	16,5	6,4	100,0	1,9	29,2	30,9	14,3	13,8	9,7	100,0	17,9	51,1	285
Primaire	39,2	29,0	13,5	11,0	5,2	100,0	7,8	30,4	31,4	11,4	13,5	4,1	100,0	26,8	57,7	633
Secondaire	31,6	29,5	17,4	12,7	8,4	100,0	4,8	37,7	35,8	8,2	6,3	6,6	100,0	24,7	62,2	386
Supérieur	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	10
Quintile de bien-être économique																
Le plus pauvre	40,2	24,7	16,2	14,9	3,5	100,0	2,7	27,2	34,2	11,1	16,1	8,3	100,0	27,0	57,0	276
Second	35,6	27,0	17,3	9,6	9,4	100,0	8,3	30,5	28,9	13,0	10,9	6,9	100,0	23,7	54,5	277
Moyen	33,3	36,1	14,6	9,7	5,9	100,0	7,7	38,1	29,7	9,6	8,4	6,0	100,0	25,0	60,8	273
Quatrième	33,9	22,5	17,5	16,7	6,5	100,0	4,4	33,5	33,2	8,1	14,6	4,6	100,0	21,7	61,4	300
Le plus riche	31,6	37,1	11,1	12,6	6,5	100,0	4,7	31,8	40,1	14,8	4,6	3,6	100,0	23,7	51,7	187
Ensemble	35,1	28,8	15,6	12,8	6,4	100,0	5,6	32,2	32,8	11,0	11,4	6,0	100,0	24,2	57,5	1 313

[1] Y compris les non déterminés
[2] Correspond à l'indicateur de l'UNICEF/OMS « Prise en charge de la diarrhée à domicile »
[3] C'est-à-dire les enfants dont les quantités de nourriture ont été augmentées, ceux pour qui elles sont restées identiques ou ceux qui en ont reçu un peu moins pendant les épisodes diarrhéiques.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

PALUDISME 10

Le paludisme est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde. Il est dû à un protozoaire du genre Plasmodium transmis à l'homme par la piqûre d'un moustique femelle infecté du genre Anophèle. Le paludisme constitue un risque majeur pour plus de deux milliards d'êtres humains. L'Afrique subsaharienne qui ne compte que 8 % de la population mondiale fournit 85 % à 90 % des cas de paludisme (200 à 280 millions de cas, dont 90 % dus à *plasmodium falciparum*). Les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, payent le plus lourd tribut à cette maladie.

En République Démocratique du Congo (RDC), selon l'annuaire des statistiques sanitaires de 2001 à 2005 publié par la Direction de lutte contre la maladie et des grandes endémies du ministère de la Santé, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité ; il compte également parmi les trois premières causes de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. En effet, la prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans a été estimée à 31 % par l'enquête actuelle et à 37 % en 2006 (Enquête ESP : données de Zones de santé appuyées dans la lutte contre le paludisme par le Fonds Mondial). Par ailleurs, selon d'autres enquêtes menées à Kinshasa par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP), on apprend que :

- 86 % des cas reçus à la salle d'urgence pédiatrique de l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa étaient dus au paludisme. Au Centre Hospitalier Saint Marc de Kingasani (CHK), le diagnostic du paludisme a été posé dans 44 % des cas reçus pour la période de 1997-1999.
- À l'Hôpital Général de Kinshasa et au CHK, respectivement 87 % et 85 % des transfusions sont administrés à cause de l'anémie consécutive à la malaria et que respectivement 67 % et 75 % des transfusés étaient des enfants de moins de 5 ans.
- La prévalence chez les écoliers entre 5-9 ans était en moyenne de 34 %.

Malgré les progrès accomplis dans le domaine de la prévention et du traitement, les statistiques sanitaires nationales révèlent que le paludisme se situe toujours au 1er rang des affections meurtrières de la RDC. Même si ces données proviennent essentiellement des sites sentinelles de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique pour lesquelles la notification se fait hebdomadairement et qui sont donc partielles, elles montrent l'ampleur des effets que cause le paludisme sur la population congolaise. À titre indicatif, les enquêtes menées à Kinshasa par le PNLP en 2001 dans sept zones de santé ont montré que le paludisme était responsable de :

- 59 % des motifs de consultations externes chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 48 % des hospitalisations chez les enfants de moins de 5 ans ;
- 37 % des décès survenus chez les moins de 5 ans en hospitalisation ;
- 41 % des motifs de consultations externes chez les femmes enceintes ; et
- 54 % des hospitalisations chez les femmes enceintes.

Le paludisme constitue donc un problème majeur de santé publique en RDC. En plus des pertes en vies humaines, le paludisme coûte cher en dépenses de santé publique. Selon une étude menée par le PNLP en 2001, un épisode de paludisme grave revenait à au moins 35 $US et qu'un enfant congolais

faisait, en moyenne, 10 épisodes de fièvre par an. Les funérailles d'un enfant revenaient à l'époque à un minimum de 200 $US pour un pays dont le PIB est inférieur à 100 $US par habitant par an. Le paludisme constitue donc pour la RDC un facteur d'aggravation de la pauvreté, une cause d'inégalités et un frein au développement.

La République Démocratique du Congo est dominée par trois faciès épidémiologiques qui sont :

- **Le faciès équatorial** (forêts et savanes post forestières d'Afrique centrale) : la transmission anophélienne est intense et permanente pouvant atteindre 1 000 piqûres infectées par personne et par an ; c'est ce qui permet une acquisition précoce de la prémunition, vers l'âge de cinq ans. Chez l'enfant de moins de 5 ans, 30 à 50 % des fièvres sont attribuées au paludisme. La morbidité s'étale sur toute l'année. Les formes graves de paludisme, en particulier les formes neurologiques, sont fréquentes chez le jeune enfant, rares chez l'adulte.
- **Le faciès tropical** (savanes humides d'Afrique) : la transmission est à recrudescence saisonnière, longue, durant la saison des pluies (5 à 8 mois) et avec au moins 60 à 400 piqûres infectées par personne et par an. La prémunition apparaît plus tardivement, vers l'âge de 10 ans. La morbidité est plus importante en saison des pluies ; les formes graves de paludisme sont décrites jusqu'à un âge plus avancé.

Quatre-vingt dix-sept pour cent (97 %) de la population congolaise est exposé à ces deux faciès et ils représentent la Strate I de l'OMS.

- **Le faciès montagnard** (zones entre 1 000 et 1 500 mètres d'altitude) représente la Strate IV de l'OMS. Dans ces zones, la période de transmission est très courte. Il peut même y avoir des années sans transmission. La prémunition est absente, les formes graves de paludisme s'observent donc dans l'ensemble de la population, adulte et enfant. Le paludisme s'exprime sous forme de recrudescences aiguës annuelles (aspect pseudo épidémique). Il concerne essentiellement l'Est du pays.

L'engagement du ministère de la Santé à lutter contre cette maladie s'est traduit par la mise en œuvre en 1998, d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dont l'objectif est de réduire d'au moins 50 %, la morbidité et la mortalité spécifiques au paludisme, d'ici 2010. Au nombre des stratégies retenues, nous retiendrons les deux grandes stratégies majeures et verticales du PNLP : la prise en charge des cas et la prévention multiple.

Concernant la prise en charge des cas, le PNLP venait d'adopter en mars 2005, la combinaison thérapeutique à base d'artémisinine—Artésunate-amodiaquine—comme médicament de première ligne ou de traitement du paludisme simple, la quinine per os comme médicament de seconde ligne ou de traitement des échecs thérapeutiques, la quinine en perfusion comme médicament de 3e ligne ou de traitement de paludisme grave et la SP/Fansidar pour le traitement présomptif intermittent de la femme enceinte (TPI).

En matière préventive, les grandes stratégies adoptées par le PNLP pour lutter contre les vecteurs du paludisme en attendant que le pays dispose des moyens conséquents pour entamer les grands travaux de voirie et d'aménagement de l'habitat partout en RDC sont l'utilisation de la moustiquaire imprégnée à large échelle et les mesures d'assainissement péri et intra-domiciliaires. C'est autour de ces stratégies de base que s'organisent la lutte contre le paludisme avec les stratégies secondaires et transversales que sont la mobilisation sociale et l'IEC, la surveillance épidémiologique, le partenariat, la recherche opérationnelle et le suivi et évaluation.

Les conclusions du 1er rapport mondial sur le paludisme de l'OMS, de l'UNICEF et de tous les partenaires du projet « Faire Reculer le paludisme » qui ont été rendues publiques en mai 2005, ont mis en évidence les progrès réalisés depuis l'an 2000 en matière de traitement et de prévention du paludisme. Cependant, le paludisme reste un problème d'ampleur mondiale et les programmes pour la généralisation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et d'introduction de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine doivent être poursuivis et renforcés pour réduire la morbi-mortalité liée à cette maladie. C'est pour cette raison qu'au cours de cette première enquête démographique et de santé, EDS-RDC, il s'est avéré important de collecter des données concernant les moyens de protection contre le paludisme utilisés par la population congolaise.

10.1 DISPONIBILITÉ DE MOUSTIQUAIRES DANS LES MÉNAGES

La prévention du paludisme repose sur deux types de mesures, à savoir, la prise préventive de certains médicaments et un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. La lutte anti-vectorielle, basée sur l'utilisation à grande échelle de moustiquaires imprégnées, est actuellement une composante principale du Programme National de Lutte contre le Paludisme en RDC. Les données collectées au cours de l'EDS-RDC ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire, traitée ou non, de ceux disposant d'une moustiquaire imprégnée et de ceux disposant d'une MII. Les définitions concernant ces différents types de moustiquaires figurent au bas du tableau 10.1.

Tableau 10.1 Possession de moustiquaires

Pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire et pourcentage de ceux qui en possèdent plus d'une (imprégnée ou non) ; pourcentage de ménages qui possèdent au moins une moustiquaire ayant été imprégnée et pourcentage de ceux qui en possèdent plus d'une ; pourcentage possédant une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) et pourcentage en possédant plus d'une ; et nombre moyen de moustiquaires par ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

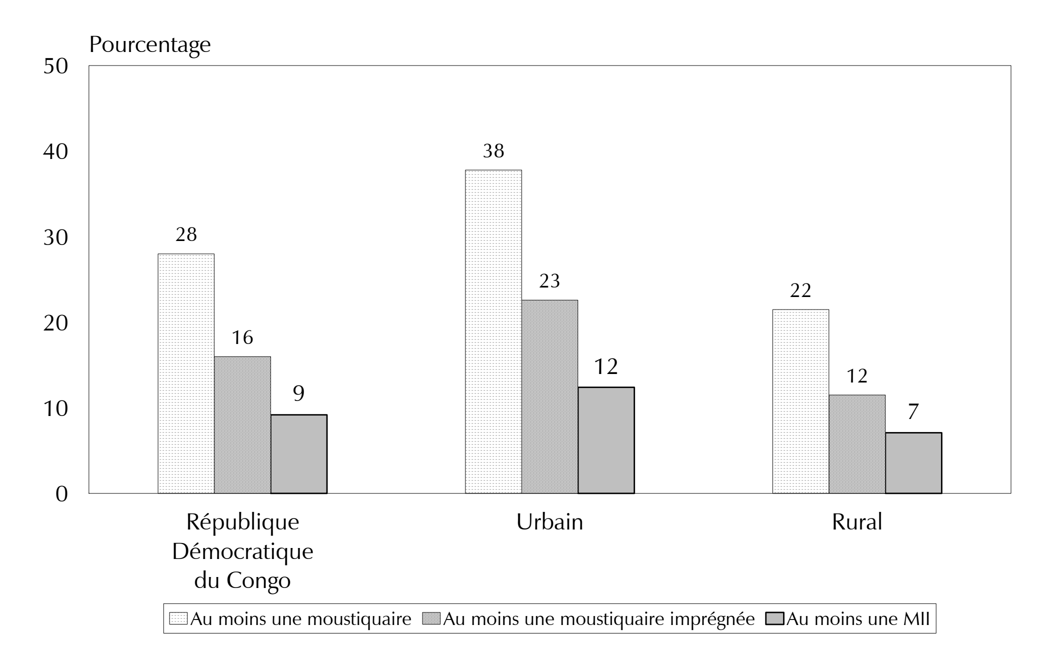
	N'importe quel type de moustiquaire			Moustiquaire qui a été imprégnée[1]			Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)[2]			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen par ménage	Pourcentage en ayant au moins une	Pourcentage en ayant plus d'une	Nombre moyen par ménage	Effectif de ménages
Milieu de résidence										
Urbain	37,8	14,2	0,6	22,6	7,5	0,3	12,4	3,3	0,2	3 548
Rural	21,5	5,3	0,3	11,5	2,5	0,1	7,1	0,9	0,1	5 338
Province										
Kinshasa	42,2	16,9	0,7	25,7	9,3	0,4	15,9	5,5	0,2	1 023
Bas-Congo	55,6	22,0	0,8	42,0	12,6	0,6	34,6	6,7	0,4	431
Bandundu	28,2	6,4	0,4	19,8	4,5	0,3	12,0	1,2	0,1	1 248
Équateur	31,1	10,3	0,4	9,3	1,5	0,1	3,9	0,4	0,0	1 115
Orientale	13,1	4,8	0,2	6,8	2,4	0,1	3,2	0,8	0,0	1 153
Nord-Kivu	13,3	2,8	0,2	8,2	2,2	0,1	4,2	0,4	0,0	355
Sud-Kivu	39,5	12,9	0,6	17,8	6,1	0,3	6,0	2,0	0,1	379
Maniema	32,4	10,2	0,5	22,3	6,3	0,3	13,0	2,8	0,2	268
Katanga	34,9	12,2	0,5	16,7	6,1	0,3	8,4	2,0	0,1	1 009
Kasaï Oriental	14,2	2,3	0,2	9,6	1,8	0,1	5,9	1,0	0,1	1 023
Kasaï Occidental	21,3	4,0	0,3	13,9	2,2	0,2	6,6	0,8	0,1	882
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	14,5	2,9	0,2	7,0	0,9	0,1	3,4	0,2	0,0	1 862
Second	19,9	5,1	0,3	11,0	2,0	0,1	6,3	0,9	0,1	1 880
Moyen	27,4	6,3	0,4	15,2	3,1	0,2	10,0	1,3	0,1	1 961
Quatrième	33,2	10,7	0,5	20,1	6,3	0,3	11,5	2,3	0,1	1 652
Le plus riche	49,6	21,8	0,8	29,4	11,6	0,5	16,4	5,6	0,2	1 531
Ensemble	28,0	8,8	0,4	16,0	4,5	0,2	9,2	1,9	0,1	8 886

[1] Une moustiquaire qui a été imprégnée est une moustiquaire, initialement traitée ou non, qui a été imprégnée d'insecticide par la suite à n'importe quel moment.
[2] Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est, soit 1) une moustiquaire imprégnée industriellement qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, soit 2) une moustiquaire préimprégnée obtenue dans les 12 derniers mois, soit 3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide dans les 12 derniers mois.

On constate en premier lieu au tableau 10.1 et au graphique 10.1 que moins d'un tiers (28 %) des ménages congolais possèdent au moins une moustiquaire, qu'elle ait été traitée ou non. Cette proportion présente des variations importantes selon les caractéristiques sociodémographiques. Les ménages du milieu urbain sont proportionnellement plus nombreux que ceux du milieu rural à posséder au moins une moustiquaire (38 % contre 22 %). Les résultats selon les provinces montrent que la possession d'une moustiquaire est nettement plus fréquente dans celle du Bas-Congo (57 %) que dans les autres. Dans les provinces de Kinshasa (42 %), du Sud Kivu (40 %), du Maniema (32 %) et du Katanga (35 %), les proportions de ménages possédant au moins une moustiquaire, traitée ou non, sont plus élevées que la moyenne nationale. En fonction des quintiles de bien-être économique, on observe que la proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire augmente du quintile le plus pauvre au plus riche, variant de 15 % à 27 % dans le quintile moyen et à un maximum de 50 % dans le quintile le plus riche. En outre, on constate que 9 % des ménages possèdent plus d'une moustiquaire. Dans la province du Bas-Congo et parmi les ménages les plus riches, cette proportion est de 22 %.

En ce qui concerne les moustiquaires qui ont été imprégnées, on constate que les proportions de ménages qui en possèdent au moins une sont plus faibles que pour les moustiquaires traitées ou non. En effet, seulement 16 % contre 28 % en possèdent au moins une. En outre, on constate les mêmes variations que celles déjà observées pour la possession d'au moins une moustiquaire. En effet, dans le Bas-Congo, 42 % des ménages sont équipés de ce type de moustiquaire alors que dans la province Orientale, cette proportion n'est que de 7 %. L'écart entre les milieux de résidence est important et c'est en milieu urbain que la possession d'une telle moustiquaire est la plus fréquente (23 % contre 12 %). Enfin on note que la proportion de ménages qui possèdent une moustiquaire imprégnée diminue des ménages les plus riches aux plus pauvres, variant de 29 % à 7 %. Seulement 5 % des ménages possèdent plus d'une moustiquaire imprégnée et c'est parmi les ménages du Bas-Congo et ceux du quintile le plus riche que cette proportion est la plus élevée (respectivement 13 % et 12 %).

Graphique 10.1 Possession de moustiquaires par les ménages



EDS-RDC 2007

En outre, moins d'un ménage sur dix (9 %) possède au moins une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII). Comme pour les autres types de moustiquaires, on constate que c'est dans le Bas-Congo que les ménages disposent le plus fréquemment d'une MII (35 %). Dans les provinces de Kinshasa (16 %), du Bandundu (12 %) et dans celle du Maniema (13 %), cette proportion est plus élevée qu'ailleurs. De même, on constate que le pourcentage de ménages possédant au moins une MII est une fois et demie plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (12 % contre 7 %). Les résultats selon les quintiles mettent en évidence une augmentation de cette proportion avec l'amélioration du bien-être économique, la proportion variant d'un minimum de 3 % dans les ménages les plus pauvres à 10 % dans ceux du quintile moyen et à un maximum de 16 % dans les plus riches. Une très faible proportion de ménages (2 %) ont déclaré posséder plus d'une MII. C'est dans la province du Bas-Congo, à Kinshasa et parmi les ménages les plus riches que cette proportion est la plus élevée (6 % à 7 %).

10.2 Utilisation des Moustiquaires

Aux ménages ayant déclaré posséder une moustiquaire, on a demandé qui avait dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Les résultats sont présentés pour l'ensemble des femmes et pour deux groupes de population particulièrement vulnérables au paludisme : les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

Le tableau 10.2 et le graphique 10.2 présentent les résultats concernant les enfants de moins de cinq ans. Moins d'un cinquième (19 %) des enfants de moins de 5 ans avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. En fonction de l'âge, on remarque que ce sont les enfants les plus jeunes (moins de 24 mois) qui ont dormi le plus fréquemment sous une moustiquaire (25 % à moins de 12 mois et 22 % pour le groupe d'âges 12-23 mois). Au-delà de cet âge, les proportions diminuent et à 48-59 mois, seulement 14 % des enfants ont été protégées par une moustiquaire pendant leur sommeil. On constate en outre que la proportion d'enfants du milieu urbain qui avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête est nettement plus élevée qu'en milieu rural (26 % contre 14 %). Dans les provinces, on note des écarts importants. En dehors du Bas-Congo qui se caractérise par la proportion la plus élevée (53 %) et de Kinshasa où plus d'un tiers des enfants (34 %) avaient dormi sous une moustiquaire, on note que l'utilisation des moustiquaires pour les enfants est élevée dans les provinces du Katanga (29 %), du Sud-Kivu (26 %), du Maniema (23 %) et de l'Équateur (21 %). À l'opposé, dans les provinces Orientale (6 %), du Nord-Kivu (8 %) et du Kasaï Oriental (7 %), cette utilisation a été beaucoup plus faible. De plus, les résultats montrent que dans les ménages les plus riches, la proportion d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête est trois fois plus élevée que dans les ménages les plus pauvres (37 % contre 12 %). Environ un enfant sur dix (11 %) avait dormi sous une moustiquaire imprégnée. Ceux qui avaient utilisé une MII représentent seulement 6 %. Les variations constatées sont identiques à celles déjà observées pour l'utilisation d'une moustiquaire imprégnée ou non.

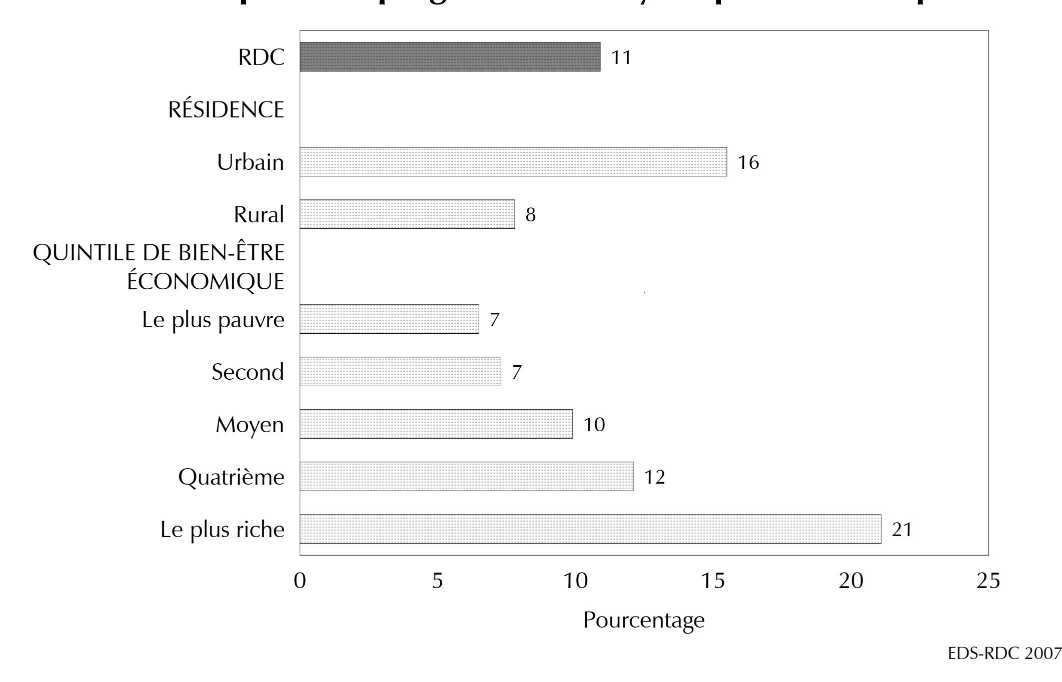
Tableau 10.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui ont dormi sous une moustiquaire (imprégnée ou non), pourcentage qui ont dormi sous une moustiquaire ayant été imprégnée et pourcentage ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'insecticide (MII), la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Pourcentage ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête[1]	Pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête[2]	Effectif d'enfants
Âge en mois				
<12	24,5	14,4	8,0	1 885
12-23	22,3	12,7	6,2	1 699
24-35	17,9	10,3	5,4	1 866
36-47	16,2	10,3	5,8	1 753
48-59	13,5	6,5	3,4	1 710
Sexe				
Masculin	19,3	11,6	6,1	4 367
Féminin	18,6	10,2	5,5	4 547
Milieu de résidence				
Urbain	26,0	15,5	7,9	3 590
Rural	14,3	7,8	4,4	5 323
Province				
Kinshasa	34,3	20,2	12,6	899
Bas-Congo	52,5	39,6	30,6	343
Bandundu	18,6	14,3	6,1	1 411
Équateur	20,5	4,0	2,4	1 126
Orientale	6,3	3,1	1,1	1 019
Nord-Kivu	8,1	5,1	2,0	366
Sud-Kivu	25,9	12,3	3,4	408
Maniema	22,9	16,2	9,2	288
Katanga	28,6	14,1	6,1	891
Kasaï Oriental	6,9	4,8	3,0	1 200
Kasaï Occidental	11,2	8,1	3,8	962
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	12,3	6,5	2,3	1 819
Second	12,6	7,3	4,2	1 956
Moyen	17,2	9,9	6,6	1 842
Quatrième	19,8	12,1	5,7	1 844
Le plus riche	37,1	21,1	11,5	1 453
Ensemble	19,0	10,9	5,8	8 913

[1] Une moustiquaire qui a été imprégnée est une moustiquaire, initialement traitée ou non, qui a été imprégnée d'insecticide par la suite à n'importe quel moment.
[2] Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est, soit 1) une moustiquaire imprégnée industriellement qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, soit 2) une moustiquaire préimprégnée obtenue dans les 12 derniers mois, soit 3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide dans les 12 derniers mois.

Graphique 10.2 Enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête



Le tableau 10.3 présente les mêmes résultats pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans et pour les femmes enceintes. On constate que moins d'un cinquième (19 %) des femmes avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Cette proportion varie selon les milieux de résidence. Elle est plus élevée en milieu urbain (25 %) qu'en milieu rural (14 %). Dans les provinces, c'est dans celle du Bas-Congo que cette proportion est la plus élevée (39 %). Dans les provinces du Katanga (29 %), du Sud-Kivu (26 %), de Kinshasa (25 %) et du Maniema (23 %), au moins un quart des femmes se sont protégées du paludisme en dormant sous une moustiquaire. Ailleurs, l'utilisation des moustiquaires par les femmes a été moins fréquente. On note que le niveau d'instruction et le quintile socioéconomique dans lequel est classé le ménage de la femme influent sur le niveau d'utilisation des moustiquaires puisque ce sont les femmes les plus instruites (24 % et 26 % pour celles ayant respectivement un niveau secondaire et supérieur) et celles des ménages les plus riches (22 % pour le quatrième quintile et 30 % pour le plus riche) qui avaient le plus fréquemment dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête.

Les proportions de femmes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée et sous MII sont nettement plus faibles (respectivement 10 % et 5 % contre 19 % pour une moustiquaire traitée ou non). Cependant, les variations sont identiques à celles constatées pour l'utilisation d'une moustiquaire imprégné ou non. Ce sont les femmes du milieu urbain, celles vivant dans les provinces de Kinshasa et du Bas-Congo, les plus instruites et celles dont le ménage appartient à un des trois quintiles les plus riches qui ont été les mieux protégées du paludisme en dormant sous une moustiquaire.

Tableau 10.3 Utilisation des moustiquaires par les femmes et les femmes enceintes

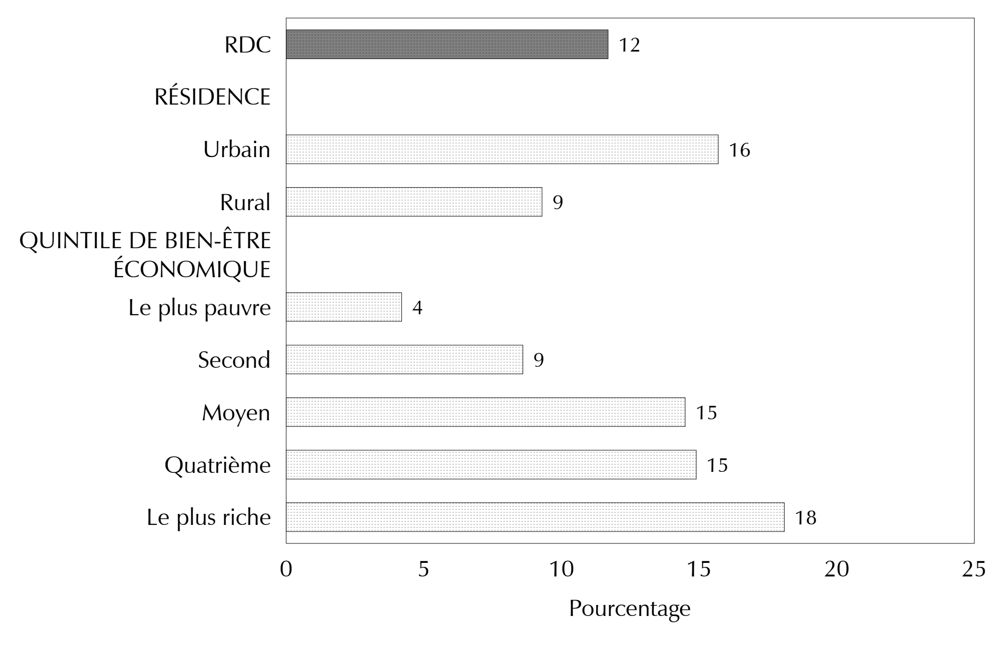
Pourcentage de toutes les femmes et des femmes enceintes de 15-49 ans, qui ont dormi sous une moustiquaire, (imprégnée ou non) pourcentage qui ont dormi sous une moustiquaire ayant été imprégnée et pourcentage qui ont dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) la nuit ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-49 ans				Pourcentage de femmes enceintes de 15-49 ans			
	Ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête[1]	Ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête[2]	Effectif de femmes	Ayant dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête	Ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit précédant l'enquête[1]	Ayant dormi sous une MII la nuit précédant l'enquête[2]	Effectif de femmes enceintes
Milieu de résidence								
Urbain	24,7	13,5	6,9	4 804	25,0	15,7	9,6	434
Rural	14,0	7,1	4,0	5 747	16,9	9,3	5,6	716
Province								
Kinshasa	24,5	13,7	8,5	1 668	26,0	15,7	10,1	102
Bas-Congo	39,4	27,8	20,7	418	40,5	34,0	25,0	39
Bandundu	15,5	11,4	6,1	1 596	25,9	16,3	9,5	139
Équateur	21,8	5,3	3,0	1 309	30,0	8,8	7,0	148
Orientale	11,3	4,8	1,8	1 128	6,3	4,7	0,3	173
Nord-Kivu	8,2	5,7	2,4	378	11,8	11,3	7,2	30
Sud-Kivu	26,2	11,4	3,2	456	32,2	15,8	9,5	53
Maniema	23,4	15,9	8,9	333	23,5	17,4	11,0	41
Katanga	28,8	12,6	4,6	1 134	24,8	13,3	5,0	133
Kasaï Oriental	7,4	4,7	2,9	1 190	13,3	10,0	9,4	172
Kasaï Occidental	12,2	8,5	4,0	943	8,4	6,5	2,6	120
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	12,9	6,3	3,8	2 206	12,1	6,4	3,1	264
Primaire	16,8	9,1	5,0	4 135	20,6	12,8	9,0	512
Secondaire	24,0	12,8	6,5	3 991	24,6	14,0	7,3	355
Supérieur	25,5	13,5	6,5	219	*	*	*	19
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	9,8	4,5	1,8	1 897	10,0	4,2	2,4	230
Second	12,7	6,7	3,6	2 074	14,2	8,6	3,9	264
Moyen	17,6	8,7	5,9	2 153	19,6	14,5	10,4	248
Quatrième	21,6	12,6	6,1	1 986	27,3	14,9	10,0	233
Le plus riche	30,2	16,0	8,4	2 440	32,7	18,1	9,5	175
Ensemble	18,9	10,0	5,3	10 551	20,0	11,7	7,1	1 150

[1] Une moustiquaire qui a été imprégnée est une moustiquaire, initialement traitée ou non, qui a été imprégnée d'insecticide par la suite à n'importe quel moment.
[2] Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est, soit 1) une moustiquaire imprégnée industriellement qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire, soit 2) une moustiquaire préimprégnée obtenue dans les 12 derniers mois, soit 3) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide dans les 12 derniers mois.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Le tableau 10.3 présente les résultats concernant les femmes enceintes. Globalement, les résultats concernant les femmes enceintes ne font pas apparaître des taux d'utilisation de moustiquaires très différents de ceux constatés pour l'ensemble des femmes. En effet, 20 % contre 19 % pour l'ensemble des femmes avaient dormi sous une moustiquaire, imprégnée ou non, la nuit ayant précédé l'enquête. Dans certaines provinces, comme la province Orientale, le Katanga et le Kasaï Occidental, les proportions de femmes enceintes qui se sont protégées du paludisme en dormant sous une moustiquaire sont même inférieures à celles de l'ensemble des femmes. En ce qui concerne l'utilisation des autres types de moustiquaires, on note qu'elle a été un peu plus fréquente parmi les femmes enceintes que parmi l'ensemble des femmes. En effet, 12 % des femmes enceintes contre 10 % pour l'ensemble des femmes ont utilisé une moustiquaire imprégnée (Graphique 10.3). Concernant les MII, ces proportions sont respectivement de 7 % et 5 %. On constate ici les mêmes variations que celles déjà observées pour l'ensemble des femmes.

Graphique 10.3 Femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée la nuit ayant précédé l'enquête



10.3 CHIMIOPROPHYLAXIE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Pour contrôler le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé à la femme enceinte, non seulement d'utiliser la moustiquaire imprégnée avant la vingtième semaine, mais aussi de prendre la SP (Sulfdoxine-pyriméthamine ou Fansidar) dès l'apparition des premiers mouvements fœtaux et à la 28e semaine de grossesse pour les femmes séronégatives. Si la femme est séropositive, il est recommandé d'ajouter une 3e dose à la 32e semaine de gestation. Au cours de l'EDS-RDC, on a demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance au cours des cinq dernières années, si durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludéens et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludéens il s'agissait.

Le tableau 10.4 présente les proportions de femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête et qui ont pris un antipaludéen au cours de la grossesse la plus récente ainsi que les proportions de celles qui ont pris de la SP/Fansidar.

Tableau 10.4 Prise d'antipaludéens à titre préventif et Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes pendant leur grossesse

Pourcentages de femmes qui ont pris des antipaludéens à titre préventif, pourcentage qui ont pris de la SP/Fansidar et pourcentage qui ont reçu un Traitement Préventif Intermittent pendant la grossesse de leur dernière naissance survenue au cours des deux années ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

		SP/Fansidar		Traitement Préventif Intermittent[1]		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant pris des médicaments antipaludéens	Pourcentage ayant pris de la SP/Fansidar	Pourcentage ayant pris 2+ doses	Pourcentage qui ont reçu de la SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale	Pourcentage qui ont reçu 2+ doses, au moins une au cours d'une visite prénatale	Effectif de femmes
Milieu de résidence						
Urbain	53,0	23,2	9,1	18,3	6,5	1 320
Rural	24,8	11,9	5,5	8,3	4,2	2 115
Province						
Kinshasa	60,6	23,0	10,0	19,9	9,0	324
Bas-Congo	48,1	25,0	11,3	21,7	9,9	133
Bandundu	29,6	17,8	3,8	14,4	3,2	580
Équateur	34,4	18,3	9,5	12,3	5,7	433
Orientale	34,5	16,0	7,6	8,4	4,4	385
Nord-Kivu	31,5	19,5	8,5	17,4	7,2	130
Sud-Kivu	49,6	29,2	8,1	22,1	6,5	173
Maniema	18,8	8,5	4,0	6,5	2,9	123
Katanga	43,8	16,4	7,9	11,7	6,5	338
Kasaï Oriental	21,9	5,0	3,4	3,7	2,1	440
Kasaï Occidental	30,7	11,1	6,4	7,6	4,4	377
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	21,1	11,0	5,2	7,7	3,9	788
Primaire	29,8	11,3	4,7	8,5	3,6	1 461
Secondaire	51,8	25,5	10,4	19,6	7,7	1 154
Supérieur	(75,7)	(36,9)	(18,6)	(17,2)	(6,1)	32
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	21,6	8,3	4,6	4,8	3,1	745
Second	25,7	13,0	5,7	9,8	4,6	790
Moyen	32,4	16,9	5,2	12,2	2,6	711
Quatrième	46,8	23,3	9,9	18,0	7,9	670
Le plus riche	61,0	22,5	10,1	18,4	8,4	518
Ensemble	35,6	16,2	6,9	12,1	5,1	3 435

[1] Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) est un traitement qui consiste à administrer aux femmes enceintes au moins deux doses de SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Plus d'un tiers de femmes avait pris des antipaludéens au cours de leur dernière grossesse (36 %). Le recours aux antipaludéens a été plus fréquent en milieu urbain que rural (53 % contre 25 %), en particulier à Kinshasa (61 %). Dans les autres provinces, on note des proportions élevées dans le Sud-Kivu (50 %), le Bas-Congo (48 %) et le Katanga (44 %). Ailleurs, les proportions sont inférieures à la moyenne nationale. En outre, les femmes instruites ont eu plus fréquemment recours que celles sans instruction aux antipaludéens (30 % pour celles ayant un niveau primaire et 52 % pour celles ayant un niveau secondaire contre 21 % pour celles sans instruction). Selon les quintiles, on constate que la proportion de femmes qui se sont protégées du paludisme en prenant des antipaludéens pendant leur grossesse augmente au fur et à mesure que le niveau de bien-être du ménage s'améliore : d'un minimum de 22 % à un maximum de 61 %.

Aux femmes qui avaient déclaré avoir pris un antipaludéen au cours de la grossesse, on a demandé de quel type d'antipaludéen il s'agissait. Dans 16 % des cas, les femmes ont pris de la SP/ Fansidar au moins une fois. Seulement, 7 % en avaient pris deux doses ou plus. Dans les provinces du Bandundu, du Maniema et du Kasaï Oriental, cette proportion est très faible (environ 4 %). Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) doit être intégré aux soins prénatals de routine. Au cours de l'enquête, on a donc évalué la proportion de femmes à qui on avait prescrit la SP au cours d'une visite prénatale. Au

cours de leur dernière grossesse, 16 % des femmes ont déclaré avoir pris au moins une dose de SP/Fansidar et la majorité (12 %) l'ont reçue au cours d'une visite prénatale. Cinq pour cent des femmes en ont reçu au moins deux doses au cours d'une visite prénatale. Une faible proportion de femmes qui ont pris de la SP/Fansidar l'ont donc obtenue en dehors d'une visite prénatale.

La proportion de femmes qui ont reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale varie en fonction des catégories de femmes. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain que rural (7 % contre 4 %). Dans les provinces, on note que c'est dans celles de Kinshasa et du Bas-Congo que ces proportions sont les plus élevées (respectivement 9 et 10 %). Dans le Kasaï Oriental, seulement 2 % des femmes ont bénéficié du TPI. En fonction du niveau d'instruction, on note que parmi les femmes ayant un niveau secondaire, la proportion de celles qui ont reçu au moins deux doses de SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale est deux fois plus élevée que parmi les femmes sans instruction ou que celles ayant un niveau primaire (8 % contre 4 %). Enfin, les résultats selon les quintiles de bien-être font apparaître un écart entre les femmes vivant dans un ménage appartenant aux trois premiers quintiles et celles dont le ménage est classé dans les deux quintiles les plus riches (entre 3 et 5 % contre 8 %).

10.4 Traitement Précoce du Paludisme chez les Enfants de Moins de Cinq Ans

Au cours de l'EDS-RDC, en plus des questions concernant la disponibilité des moustiquaires dans les ménages, leur utilisation et le traitement antipaludéen préventif au cours de la grossesse, on a demandé si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Si la réponse était positive, on posait alors une série de questions sur le traitement de la fièvre. Ces questions portaient sur la prise de médicaments antipaludéens et sur le moment où le traitement antipaludéen avait été administré pour la première fois. Les résultats sont présentés aux tableaux 10.5 et 10.6.

En premier lieu, les résultats du tableau 10.5 montrent qu'un peu plus de trois enfants sur dix avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (31 %). Les proportions selon l'âge varient d'un maximum de 41 % à 12-23 mois à un minimum de 20 % à 48-59 mois. L'écart de prévalence entre les milieux de résidence n'est pas important (32 % contre 30 %). Les résultats selon les provinces font apparaître la prévalence de la fièvre la plus élevée dans le Maniema (42 %) et le niveau le plus faible dans le Bandundu (25 %). On peut également souligner que la prévalence de la fièvre parmi les enfants de moins de cinq ans varie légèrement selon le niveau d'instruction de la mère d'un maximum de 33 % parmi ceux dont la mère à un niveau primaire à un minimum de 29 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire. Dans les quintiles de bien-être du ménage, on note un écart de prévalence entre les enfants des ménages du quintile le plus riche (26 %) et ceux du quintile le plus pauvre (35 %).

Tableau 10.5 Prévalence de la fièvre et traitement précoce

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, parmi ces enfants, pourcentage qui ont pris des antipaludéens et pourcentage qui les ont pris le jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Parmi les enfants de moins de cinq ans :		Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre :		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris des médicaments antipaludéens	Pourcentage ayant pris des médicaments antipaludéens le même jour ou le jour suivant	Effectif d'enfants
Âge en mois					
<12	33,5	1 754	26,8	15,3	587
12-23	41,2	1 585	29,7	17,7	654
24-35	33,3	1 664	35,5	21,5	555
36-47	25,1	1 513	25,7	12,4	380
48-59	19,6	1 493	30,3	19,3	293
Milieu de résidence					
Urbain	29,8	3 186	38,8	22,9	950
Rural	31,5	4 823	24,1	13,8	1 519
Province					
Kinshasa	28,2	811	39,5	16,9	229
Bas-Congo	27,9	321	36,9	24,0	90
Bandundu	25,4	1 282	34,0	29,6	326
Équateur	28,6	1 000	30,3	10,4	286
Orientale	29,0	910	27,0	17,1	264
Nord-Kivu	29,9	323	18,0	11,7	96
Sud-Kivu	33,4	380	17,6	9,5	127
Maniema	41,9	262	29,1	11,6	110
Katanga	29,4	781	30,1	20,7	229
Kasaï Oriental	34,8	1 074	20,0	11,4	374
Kasaï Occidental	39,3	865	37,5	20,7	339
Niveau d'instruction de la mère					
Aucune instruction	30,6	1 806	19,4	11,2	553
Primaire	32,9	3 346	29,4	17,0	1 101
Secondaire	28,5	2 783	36,5	21,6	792
Supérieur	31,6	74	(61,5)	(31,6)	24
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	34,8	1 624	23,9	12,4	566
Second	28,2	1 767	27,2	17,8	499
Moyen	31,4	1 682	27,5	16,3	528
Quatrième	32,9	1 640	34,2	21,9	539
Le plus riche	26,0	1 295	39,8	19,4	337
Ensemble	30,8	8 009	29,8	17,3	2 469

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre, près d'un tiers a été traité avec des antipaludéens (30 %) et 17 % avaient commencé le traitement soit le jour où la fièvre était apparue, soit le jour suivant. Les variations selon l'âge sont irrégulières ; cependant, les enfants de 24 à 35 mois sont ceux qui ont le plus fréquemment bénéficié de la prise d'un antipaludéen (36 %) contre 27 % pour les enfants de moins d'un an et 26 % parmi ceux de 36-47 mois. Le traitement précoce présente les mêmes variations : un maximum de 22 % pour les enfants de 24 à 35 mois contre un minimum de 15 % pour les enfants de moins d'un an et de 12 % à 36-47 mois. Ce ne sont donc pas les enfants qui ont le plus souffert de la fièvre, c'est-à-dire ceux de 12-23 mois (41 %), qui ont été traités le plus efficacement (30 % et 18 % pour une intervention rapide).

En fonction du milieu de résidence, on note que la proportion d'enfants traités au moyen d'un antipaludéen est nettement plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (24 % contre 39 %). Il en va de même pour le traitement précoce : 14 % en milieu rural contre 23 % en milieu urbain.

Dans les provinces, on constate qu'à Kinshasa près de 4 enfants sur 10 (40 %) ont bénéficié d'un traitement antipaludéen et que seulement 17 % ont reçu un traitement précoce. Dans les autres provinces, les proportions sont inférieures et c'est dans le Sud-Kivu que l'on constate la proportion la plus faible d'enfants ayant eu de la fièvre et qui ont été traités avec un antipaludéen (18 %). En outre, dans cette province, seulement un enfant sur dix a été traité rapidement après l'apparition de la fièvre.

La prise en charge de la fièvre des enfants varie de manière importante en fonction du niveau d'instruction de la mère. Parmi ceux dont la mère n'a pas d'instruction, moins d'un enfant sur cinq (19 %) a reçu un antipaludéen et seulement 11 % ont été traités rapidement. Parmi ceux dont la mère a un niveau primaire, 29 % ont été traités avec un antipaludéen et 17 % l'ont reçu rapidement. C'est parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire que la proportion d'enfants traités de manière adéquate pour la fièvre est la plus élevée : 37 % ont reçu un antipaludéen et dans 22 % des cas, le traitement a commencé rapidement. Enfin, on constate que les enfants des ménages des deux quintiles les plus riches ont plus fréquemment bénéficié d'un traitement adéquat de la fièvre que les autres.

Le tableau 10.6 qui concerne les enfants de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre présente les proportions de ceux qui ont pris différents types d'antipaludéens et les proportions de ceux qui les ont pris rapidement après l'apparition de la fièvre.

Le médicament le plus fréquemment utilisé est la quinine (16 %) et, dans 10 % des cas, le médicament a été donné rapidement à l'enfant après l'apparition de la fièvre. Il faut préciser que le PNLP ne recommande ce médicament que pour la prise en charge de l'échec thérapeutique comme médicament de deuxième ligne en per os et comme médicament de prise en charge du paludisme grave, en perfusion ou comme médicament de troisième ligne.

La quinine a été donnée dans 22 % des cas aux enfants de 24 à 35 mois, groupe d'âges qui détient, avec ceux de 12-23 mois, la prévalence la plus élevée de la fièvre (33 %). C'est également dans ce groupe d'âges que la proportion de ceux qui en ont reçu rapidement est la plus élevée (15 %). En outre, on constate que le recours à la quinine est beaucoup plus fréquent en milieu urbain (26 %) qu'en milieu rural (10 %). Mais seulement 16 % des enfants du milieu urbain et 6 % de ceux du milieu rural en ont pris de manière précoce. Dans les provinces, il est plus fréquent de traiter la fièvre des enfants avec de la quinine au Kasaï Occidental (25 %), à Kinshasa (23 %) et dans la province Orientale (20 %). Dans 17 % des cas, elle a été administrée rapidement dans le Kasaï Occidental. Par contre, ce médicament a été peu utilisé dans le Nord-Kivu (9 %) et cela en dépit de la présence de la firme pharmaceutique, Pharmakina, qui fabrique localement la quinine. Concernant le niveau d'instruction de la mère, on constate que les écarts sont importants : 22 % pour les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire contre 10 % parmi les enfants dont la mère n'a pas d'instruction. Les écarts sont également importants en ce qui concerne l'administration rapide du traitement (6 % pour ceux dont la mère n'a pas d'instruction contre 15 % parmi ceux dont la mère a un niveau secondaire). Les résultats montrent que la proportion d'enfants traités avec de la quinine augmentent avec l'amélioration du niveau de bien-être du ménage, passant de 12 % et 11 % dans les deux premiers quintiles à plus de 20 % dans les deux plus riches. Les proportions de ceux qui ont reçu ce médicament rapidement présentent les mêmes variations.

On constate que le recours à d'autres médicaments a été beaucoup moins fréquent. En dehors de la quinine, c'est la chloroquine qui, dans 6 % des cas, a été utilisée, en particulier dans le Bas-Congo (9 %). Précisons cependant que ce médicament a été écarté dans la prise en charge des cas de paludisme en 2001 par le PNLP comme médicament de première ligne à cause d'une résistance accrue du parasite du paludisme vis-à-vis de cette molécule, cela conformément aux directives du protocole de l'OMS en la

matière. L'artésunate, qui ne représente que moins d'un pour cent, avaient été adopté en mars 2005 comme médicament de première ligne ou médicament de traitement du paludisme simple. La SP/Fansidar a été donnée à 3 % des enfants ayant eu de la fièvre. Cependant, dans le Bandundu, cette proportion est plus élevée (8 %). La SP/Fansidar est le médicament recommandé par le PNLP seulement comme médicament pour le contrôle du paludisme au cours de la grossesse. Ces résultats montrent que la politique nationale de prise en charge des médicaments antipaludiques n'est pas suivie en RDC.

Tableau 10.6 Différents antipaludéens et prise précoce

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont pris certains antipaludéens et pourcentage qui ont pris chaque type d'antipaludéen le même jour ou le jour suivant l'apparition de la fièvre selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage d'enfants qui ont pris :						Pourcentage d'enfants qui ont pris des médicaments le même jour ou le jour suivant :				Effectif d'enfants ayant eu de la fièvre
Caractéristique sociodémographique	SP/ Fansidar	Chloro-quine	Amodia-quine	Quinine	Artésunate	Autre anti-paludéen	SP/ Fansidar	Chloro-quine	Amodia-quine	Quinine	
Âge en mois											
<12	2,2	5,4	4,6	13,8	0,6	0,7	1,2	1,9	2,6	9,6	587
12-23	3,8	5,9	6,7	15,4	0,7	0,3	2,5	3,8	4,0	8,6	654
24-35	2,8	7,7	2,7	21,5	0,7	1,7	2,0	3,7	1,7	14,5	555
36-47	3,8	6,0	5,4	11,8	0,3	0,8	0,9	2,6	3,0	6,1	380
48-59	2,6	6,3	5,0	15,6	0,8	4,2	2,3	4,7	2,1	10,5	293
Milieu de résidence											
Urbain	2,6	5,8	3,6	25,5	1,5	2,9	1,9	4,1	1,2	16,1	950
Rural	3,3	6,5	5,7	9,9	0,1	0,2	1,7	2,7	3,8	6,2	1 519
Province											
Kinshasa	1,1	4,5	7,0	22,5	2,2	3,2	0,0	3,3	2,6	10,9	229
Bas-Congo	3,1	9,0	9,4	15,0	0,0	1,4	1,1	6,5	5,8	10,6	90
Bandundu	8,2	5,1	11,3	10,2	0,2	1,8	7,3	3,5	11,1	8,2	326
Équateur	4,7	7,4	7,1	14,3	0,5	0,9	0,7	4,0	2,3	4,1	286
Orientale	1,8	5,3	2,0	19,6	0,3	0,2	1,8	2,3	0,2	14,6	264
Nord-Kivu	3,5	3,8	1,0	8,6	1,7	0,2	1,5	1,8	0,1	8,4	96
Sud-Kivu	4,8	0,9	1,4	10,1	0,2	0,4	2,2	0,2	0,9	6,2	127
Maniema	1,6	7,6	4,7	18,4	3,2	0,4	0,6	3,6	2,8	5,4	110
Katanga	2,6	8,3	3,2	17,0	0,3	0,3	2,1	3,5	2,1	13,0	229
Kasaï Oriental	1,1	6,4	2,5	9,9	0,0	2,6	0,9	4,1	0,7	6,7	374
Kasaï Occidental	1,2	8,1	3,0	24,8	0,5	0,6	0,0	2,7	0,7	17,2	339
Niveau d'instruction de la mère											
Aucune instruction	2,4	3,9	5,7	9,7	0,3	0,5	1,4	1,8	3,4	5,8	553
Primaire	2,8	7,1	5,5	14,4	0,4	0,4	2,1	3,9	3,1	8,0	1 101
Secondaire	3,7	6,9	3,4	21,7	1,1	2,9	1,7	3,5	1,8	15,3	792
Supérieur	(7,5)	(0,0)	(10,7)	(37,6)	(6,4)	(5,8)	(0,7)	(0,0)	(4,2)	(26,7)	24
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	1,6	5,8	5,6	11,6	0,6	0,1	1,6	2,8	2,7	5,7	566
Second	4,2	7,4	6,4	10,8	0,5	0,5	2,5	4,9	3,6	6,8	499
Moyen	5,5	7,0	4,8	12,5	0,0	0,1	3,2	2,5	3,7	8,1	528
Quatrième	1,4	6,5	2,8	23,9	0,8	1,8	0,6	3,5	1,7	16,5	539
Le plus riche	2,6	3,6	5,2	23,1	1,7	5,4	0,9	2,4	2,0	14,5	337
Ensemble	3,1	6,2	4,9	15,9	0,6	1,3	1,8	3,3	2,8	10,0	2 469

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 10.7 présente les pourcentages d'enfants ayant eu de la fièvre et pour lesquels le médicament antipaludéen se trouvait à la maison quand la fièvre est apparue. On constate que dans 13 % des cas, la SP/Fansidar était disponible à la maison. Il n'est plus recommandé par le PNLP pour le traitement du paludisme simple depuis mars 2005 ; le recours à ce traitement est par contre recommandé pour le contrôle du paludisme pendant la grossesse. Par ailleurs, on note que la chloroquine était disponible dans 10 % des cas à la maison alors qu'elle a été écartée en 2001 par le PNLP de la prise en charge des cas de paludisme.

Tableau 10.7 Disponibilité à la maison des antipaludéens pris par les enfants ayant eu de la fièvre

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et qui ont pris certains antipaludéens, pourcentage pour lesquels le médicament se trouvait à la maison quand la fièvre s'est manifestée, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Médicament	Pourcentage pour lesquels le médicament était à la maison lorsque l'enfant a commencé à avoir de la fièvre	Effectif d'enfants qui ont pris l'antipaludéen spécifique
SP/Fansidar	12,5	75
Chloroquine	9,5	154
Amodiaquine	7,8	121
Quinine	10,0	392
N'importe quel antipaludéen	9,6	718

ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES ADULTES 11

La malnutrition est une cause sous-jacente de décès par maladies infectieuses chez l'enfant dans les pays en développement, en général et en République Démocratique du Congo en particulier. Elle est la résultante d'une alimentation inadéquate due à des pratiques alimentaires inappropriées[1] et à la prévalence des maladies infectieuses et parasitaires qui se développent dans les conditions d'hygiène environnementale, individuelle et collective déficiente.

Au cours de l'enquête EDS-RDC, les enfants de moins de cinq ans et les femmes de 15-49 ans ont été pesés et mesurés en vue de déterminer leur état nutritionnel. En outre, des données ont été collectées sur les pratiques d'allaitement, d'alimentation de complément ainsi que sur la consommation de nutriments (p. ex. fer, vitamine A). Pour évaluer la prévalence de l'anémie parmi les enfants, les femmes et les hommes, un test d'hémoglobine a été effectué. L'ensemble de ces résultats fait l'objet de ce chapitre.

11.1 ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS

La malnutrition protéino-énergétique chez les enfants désigne un ensemble de désordres caractérisés avant tout par un arrêt ou un retard de la croissance. Elle résulte à la fois des apports alimentaires inadéquats et de la morbidité. La malnutrition peut être évaluée par des signes cliniques, des analyses biochimiques ou des mesures anthropométriques. Cependant, pour des raisons pratiques, la plupart des enquêtes nutritionnelles utilisent des indicateurs anthropométriques. Chez les enfants âgés de moins de 5 ans, les indicateurs les plus utilisés sont le poids en fonction de l'âge (poids-pour-âge), la taille en fonction de l'âge (taille-pour-âge) et le poids en fonction de la taille (poids-pour-taille).

L'évaluation de l'état nutritionnel est basée sur le concept d'après lequel, dans une population bien nourrie, les répartitions du poids et de la taille des enfants, pour un âge donné, se rapprochent d'une distribution normale. Il est, en outre, généralement admis que le potentiel génétique de croissance des enfants est le même dans la plupart des populations, indépendamment de leur origine. À des fins de comparaison et comme le recommandait l'OMS et le CDC, l'état nutritionnel a été déterminé en utilisant la population de référence internationale définie par le *United States National Center for Health Statistics* connu sous le nom de standard NCHS. Pour cette raison, jusqu'à une date récente, les mesures anthropométriques recueillies lors des enquêtes étaient habituellement comparées à des données de référence du NCHS concernant la croissance.

Une étude de l'utilisation de ces références anthropométriques ayant abouti à la conclusion que ces données n'étaient pas suffisamment représentatives de la croissance au cours de la petite enfance, l'OMS a mis en place depuis avril 2006 de nouvelles normes de croissance mondiales pour le nourrisson et l'enfant de moins de cinq ans (WHO Multicenter Growth Reference Study Group, 2006). Les résultats présentés dans ce chapitre sont basés sur ces nouvelles normes de croissance.

Les trois indices de malnutrition présentés dans ce rapport sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart-type (Z-score) par rapport à la médiane des Normes OMS 2006 de la croissance de l'enfant. Le tableau 11.1 présente les pourcentages d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteint de malnutrition. Les résultats sur l'état nutritionnel portent sur 3 631 enfants pour lesquels on

[1] Les pratiques alimentaires inadéquates font référence, non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de l'introduction de ces aliments dans leur alimentation.

dispose de données valides sur l'âge, le poids et la taille. Parmi ces enfants pour lesquels l'état nutritionnel est présenté, 3 258 vivaient dans le même ménage que leur mère et celle-ci a été enquêtée. Pour ces derniers, l'état nutritionnel a été analysé selon certaines caractéristiques disponibles à partir du questionnaire Individuel Femme comme l'intervalle intergénésique.

Retard de croissance

La malnutrition chronique ou encore le retard de croissance se traduit par une taille trop petite pour l'âge. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies infectieuses survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. De plus, on considère qu'après l'âge de deux ans, « …il y a peu de chance pour qu'une intervention quelle qu'elle soit puisse améliorer la croissance. » (Delpeuch, 1991). Ainsi, le retard de croissance staturale acquis dès les plus jeunes âges ne se rattrape pratiquement plus. La taille-pour-âge est révélatrice de la qualité de l'environnement et, d'une manière générale, du niveau de développement socio-économique d'une population. L'enfant qui a une taille trop petite pour son âge peut, cependant, avoir un poids correspondant à sa taille du moment. C'est pour cette raison que la malnutrition chronique n'est pas toujours perceptible dans une population. Ainsi un enfant de trois ans présentant cette forme de malnutrition peut avoir la taille d'un autre enfant de deux ans bien nourri. L'indice taille-pour-âge, qui rend compte de la taille d'un enfant par rapport à son âge, est donc une mesure des effets à long terme de la malnutrition et il ne varie que très peu en fonction de la saison au cours de laquelle les enfants ont été mesurés.

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-types de la médiane des normes OMS de la croissance de l'enfant sont considérés comme souffrant de retard de croissance ou de malnutrition chronique, ceux se situant en dessous de moins trois écarts-types sont considérés comme souffrant de retard de croissance sévère.

Selon les résultats du tableau 11.1 concernant l'indice taille-pour-âge, on constate qu'en RDC 46 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique : dans près d'un cas sur deux, les enfants ont une taille-pour-âge qui se situe en dessous de -2 écarts-types de la médiane de la population de référence et environ un quart des enfants (24 %) souffre de malnutrition chronique sévère, c'est-à-dire que leur taille-pour-âge se situe en dessous de -3 écarts-types de la médiane de la population de référence. Ces proportions sont beaucoup plus élevées par rapport à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie, à savoir 2,3 % à moins 2 écarts-types et 0,1 % à moins 3 écarts-types.

Selon l'âge, on observe des variations importantes de la prévalence de la malnutrition chronique (tableau 11.1 et graphique 11.1). Les enfants de 6-8 mois semblent être les moins touchés. À l'exception de cette tranche d'âge, la proportion d'enfants accusant un retard augmente avec l'âge. Entre 9-23 mois, 33 % à 43 % souffrent de retard de croissance. À partir de 24 mois, entre 55 % et 57 % des enfants sont affectés. La période 18-59 mois s'avère donc critique pour l'enfant : non seulement ses besoins nutritionnels accrus ne sont pas suffisamment couverts, mais il est aussi plus susceptible de contracter des infections.

La forme sévère de la malnutrition chronique touche 8 % des enfants qui ont moins de 6 mois, 7 % de ceux de 6-8 mois, 10 % de ceux de 9-11, 16 % de ceux de 12-17 mois ; mais à partir de 18 mois, plus d'un enfant sur cinq (23 % à 30 %) souffre de malnutrition chronique sévère. La situation de ces enfants est particulièrement préoccupante car après deux ans, le retard de croissance staturale n'est plus rattrapable.

Tableau 11.1 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel (taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille			Poids-pour-âge			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Effectif d'enfants
Âge en mois									
<6	7,8	16,1	5,9	16,8	15,5	3,0	10,1	5,9	277
6-8	6,5	13,3	8,8	16,4	9,3	6,1	16,8	10,2	181
9-11	10,3	32,9	8,4	19,5	3,5	10,3	23,1	3,8	186
12-17	15,8	31,4	4,4	13,0	1,9	4,8	18,1	0,8	383
18-23	22,9	42,6	4,6	8,7	4,1	4,3	23,0	1,9	320
24-35	30,5	55,2	3,2	8,9	4,6	9,2	26,0	0,2	793
36-47	30,1	54,0	4,9	7,3	4,6	10,5	28,5	0,5	729
48-59	30,4	57,1	2,1	6,6	6,4	11,2	33,0	0,5	762
Sexe									
Masculin	25,3	48,1	5,3	11,4	5,1	9,9	27,5	1,6	1 772
Féminin	23,1	43,1	3,4	8,7	6,2	7,0	22,7	1,7	1 859
Intervalle intergénésique en mois[2]									
Première naissance[3]	26,1	41,9	4,3	10,2	5,5	8,0	22,6	1,5	613
<24	23,2	48,6	6,6	13,0	4,9	10,5	27,0	1,2	670
24-47	23,8	44,6	4,2	9,8	5,9	7,3	24,9	2,0	1 544
48+	18,2	40,4	1,5	7,1	7,3	5,1	18,7	1,7	431
Taille à la naissance[2]									
Très petit	52,3	61,6	6,2	13,3	4,3	16,8	47,9	0,0	58
Petit	24,0	45,0	6,3	15,7	4,0	10,4	29,3	2,5	189
Moyen ou plus gros que la moyenne	22,8	43,9	4,3	9,8	5,9	7,4	23,3	1,7	2 976
Interview de la mère									
Enquêtée	23,4	44,4	4,4	10,2	5,8	7,8	24,1	1,7	3 258
Non enquêtée, mais vivant dans le ménage	18,5	36,9	4,0	8,6	2,4	8,5	24,8	3,0	92
Non enquêtée et ne vivant pas dans le ménage[4]	35,8	61,9	3,9	8,9	5,0	15,7	36,4	0,6	282
État nutritionnel de la mère[5]									
Maigre (IMC<18,5)	23,4	47,1	6,0	18,4	2,2	14,6	35,8	0,5	483
Normal (IMC 18,5-24,9)	23,7	45,1	3,9	9,1	6,0	7,1	23,0	1,9	2 374
En surpoids/obèse (IMC ≥ 25)	19,9	36,3	4,6	6,9	8,1	3,7	16,5	1,4	415
Milieu de résidence									
Urbain	17,5	36,7	4,9	10,3	7,3	6,5	18,9	2,2	1 470
Rural	28,7	51,5	3,9	9,9	4,5	9,7	29,3	1,3	2 161
Province									
Kinshasa	8,8	23,4	1,9	9,3	3,2	2,6	14,8	1,2	394
Bas-Congo	24,5	45,7	3,8	9,3	4,3	7,5	25,6	1,4	142
Bandundu	25,9	46,8	2,7	6,7	3,2	9,0	27,8	2,2	601
Équateur	29,5	50,9	5,7	10,1	5,9	14,3	29,2	3,8	420
Orientale	25,3	46,2	2,5	7,7	3,3	6,4	21,4	0,4	433
Nord-Kivu	28,2	53,6	3,8	6,6	10,0	6,1	20,0	1,0	166
Sud-Kivu	31,4	55,5	2,5	7,8	7,2	7,0	30,8	1,7	183
Maniema	21,0	43,9	4,5	10,6	13,5	2,9	18,1	1,9	115
Katanga	25,1	45,0	6,4	12,2	11,3	6,5	20,2	2,8	360
Kasaï Oriental	24,0	49,2	7,5	14,6	6,2	12,9	30,8	0,6	443
Kasaï Occidental	25,6	48,2	5,5	13,7	4,0	9,6	30,3	0,7	374
Niveau d'instruction de la mère[6]									
Aucune instruction	30,7	50,7	5,1	10,6	6,4	11,6	28,7	1,7	751
Primaire	24,6	48,4	5,5	11,8	5,2	8,6	28,6	1,6	1 446
Secondaire	16,9	35,2	2,4	7,7	5,8	4,3	15,7	1,9	1 126
Supérieur	(2,5)	(2,5)	(3,5)	(8,1)	(7,9)	(0,0)	(5,4)	(4,5)	23
Quintile de bien-être économique									
Le plus pauvre	26,0	46,6	4,1	10,3	5,2	9,1	26,6	2,9	804
Second	25,6	48,7	7,2	12,1	4,9	10,0	29,4	1,7	691
Moyen	28,6	53,1	2,8	9,2	4,4	9,6	27,6	1,0	787
Quatrième	26,9	48,2	4,3	9,8	8,5	8,9	24,5	0,8	785
Le plus riche	10,1	25,8	3,3	8,7	5,1	3,4	14,9	2,0	564
Ensemble	24,2	45,5	4,3	10,0	5,7	8,4	25,1	1,7	3 631

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart-type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont pas comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.
[1] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence internationale.
[2] Non compris les enfants dont la mère n'a pas été enquêtée.
[3] Les premières naissances multiples (jumeaux ou triplets, etc.) sont considérées comme première naissance car il n'y a pas d'intervalle avec la naissance précédente.
[4] Y compris les enfants dont la mère est décédée.
[5] Non compris les enfants dont la mère n'a pas été pesée et mesurée. L'état nutritionnel de la mère, évalué au moyen de l'IMC (Indice de Masse Corporelle), est présenté au tableau 11.11.
[6] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

En ce qui concerne le sexe, on ne constate pas d'écart important entre les garçons (48 %) et les filles (43 %).

Par contre, l'intervalle intergénésique semble avoir une certaine influence sur la prévalence de la malnutrition chronique puisque les enfants nés moins de deux ans après leurs aînés sont plus atteints de malnutrition que les autres : 49 % contre 40 % quand l'intervalle intergénésique est de 48 mois ou plus.

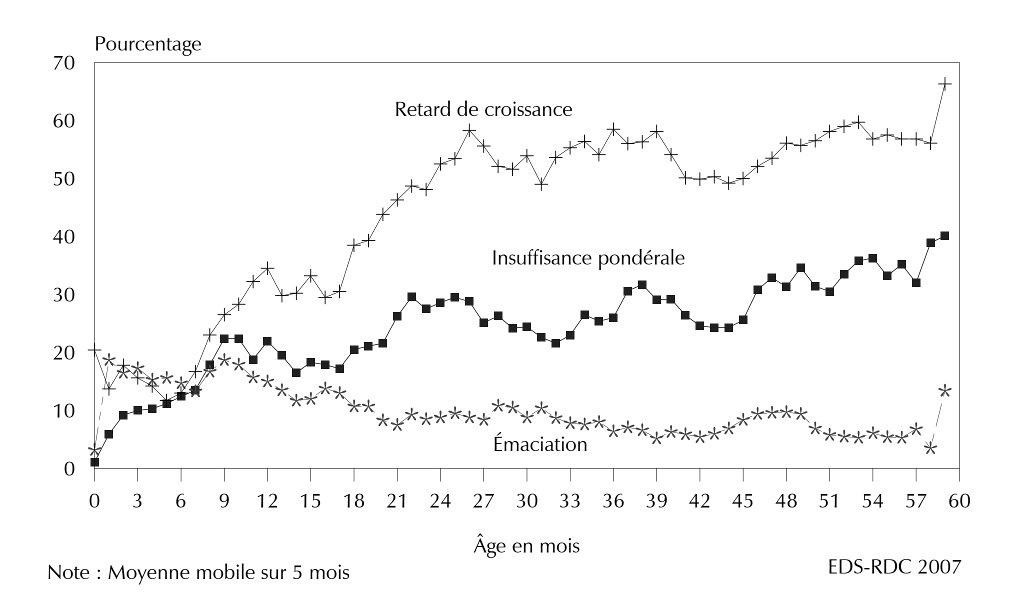
Par ailleurs, la prévalence de la malnutrition chronique varie aussi en fonction de la taille de l'enfant à la naissance. Plus la taille à la naissance est petite, plus la prévalence de la malnutrition chronique est élevée ; il en est ainsi pour 62 % des enfants très petits, 45 % des enfants petits et pour 44 % des enfants moyens ou gros. On observe la même tendance pour la forme sévère de la malnutrition chronique.

Il existe également une relation entre la malnutrition chronique et l'état nutritionnel de la mère mesurée par l'Indice de Masse Corporelle (IMC). La prévalence de la malnutrition chronique est de 47 % chez les enfants dont la mère est maigre, 45 % parmi ceux dont la mère a un IMC normal et 36 % parmi ceux dont la mère accuse un surpoids ou est obèse. Cette même tendance est observée pour la forme sévère.

Du point de vue du milieu de résidence, les niveaux de malnutrition chronique présentent de fortes variations. Plus de la moitié des enfants du milieu rural (52 %) souffrent de malnutrition chronique modéré ou sévère contre 37 % en milieu urbain. Sous la forme sévère, la proportion d'enfants atteints d'un retard de croissance varie de 18 % en milieu urbain à 29 % en milieu rural.

Selon les provinces, on constate que c'est dans deux provinces de l'Est de la RDC que l'on observe les taux les plus élevés de malnutrition chronique qui dépassent 50 %. Avec 56 %, c'est la province du Sud-Kivu qui a le taux de malnutrition chronique le plus élevé, suivi de la province du Nord-Kivu (54 %) ; la province de l'Équateur se caractérise elle aussi par une proportion élevée d'enfants accusant un retard de croissance (51 %). On note que dans ces trois provinces, la prévalence de la malnutrition chronique sévère y est aussi élevée. À l'opposé, c'est à Kinshasa que la prévalence de la malnutrition chronique est la plus faible (23 % et 9 % pour la forme sévère).

Graphique 11.1 État nutritionnel des enfants de moins de cinq ans



Note : Moyenne mobile sur 5 mois

EDS-RDC 2007

Le niveau d'instruction de la mère influence également le niveau de la malnutrition chronique. Les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction ou qui a un niveau d'instruction primaire sont les plus affectés par le retard de croissance, soit respectivement 51 % et 48 %. Cette prévalence est de 35 % parmi les enfants dont la mère a un niveau secondaire. Sous la forme sévère, on constate toujours que la prévalence est plus élevée parmi les enfants dont la mère est sans aucune instruction (31 %). Ce résultat révèle, une fois de plus, la nécessité d'éduquer les femmes, car avec l'acquisition d'une certaine instruction, elles acquièrent également une meilleure connaissance des règles d'hygiène et des principes de base en matière de nutrition des enfants. Toutefois, il convient de noter que ces écarts peuvent aussi résulter des disparités socioéconomiques entre les femmes instruites et celles qui ne le sont pas. En effet, les femmes n'ayant pas d'instruction vivent plus fréquemment dans des conditions précaires, caractérisées par une quantité de nourriture disponible, parfois limitée et non diversifiée, et par des conditions de logement parfois insalubres.

Les résultats selon les quintiles de bien-être économique ne font pas apparaître d'écarts importants entre les quatre premiers quintiles, la prévalence variant de 47 % dans le plus pauvre à 53 % dans le quintile moyen. Par contre, la proportion d'enfants accusant un retard de croissance est nettement plus faible dans le quintile le plus riche (26 %). On constate les mêmes variations pour la forme sévère du retard de croissance (un maximum de 29 % dans le quintile moyen contre 10 % dans le plus riche).

Malnutrition aiguë ou émaciation

Au tableau 11.1 figurent également les proportions d'enfants atteints de malnutrition aiguë, exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille reflète la situation nutritionnelle actuelle, ici au moment de l'enquête, et il peut donc être fortement influencé par la saison pendant laquelle a eu lieu la collecte des données. Ce type de malnutrition est souvent la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et/ou d'une perte de poids consécutive à une maladie (diarrhée sévère ou anorexie, par exemple). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié. Les enfants dont le poids-pour-taille se situe en dessous de moins deux écarts-types de la médiane des normes OMS de la

croissance de l'enfant sont considérés comme souffrant d'émaciation ou de malnutrition aiguë ; ceux se situant en dessous de moins trois écarts-types souffrent d'émaciation sévère.

Dans l'ensemble en RDC, un enfant sur dix (10 %) est émacié ou souffre de malnutrition aiguë. Dans 4 % des cas, les enfants en souffrent sous la forme sévère. À la différence du retard de croissance, la prévalence de l'émaciation diminue avec l'âge : de moins de 6 mois jusqu'à 12-17 mois, la prévalence est supérieure à 10 % et varie de 17 % à 13 %. De 18 à 59 mois la prévalence est inférieure à 10 %. On observe une légère différence entre les deux sexes (11 % pour les garçons contre 9 % pour les filles). Les résultats selon l'intervalle intergénésique font apparaître des écarts de la prévalence de l'émaciation. Les enfants nés moins de deux ans après leurs aînés sont légèrement plus atteints de malnutrition aiguée (13 %) que quand l'intervalle intergénésique est de 48 mois ou plus (7 %). De même, on note un niveau d'émaciation légèrement plus élevée parmi les enfants considérés comme petits à la naissance (16 %) ou très petits (13 %) que parmi ceux qui étaient considérés par leur mère comme moyens ou plus gros que la moyenne (10 %). La prévalence de l'émaciation varie fortement selon l'état nutritionnel de la mère. La prévalence est deux fois plus élevée parmi les enfants dont la mère est maigre (18 %) que parmi ceux dont la mère a un IMC normal (9 %), tandis que la prévalence est de 7 % pour les mères avec surpoids ou obèses.

On ne constate pas de différence de prévalence entre les deux milieux de résidence considérés, soit un taux de 10 % en milieu urbain et 10 % en milieu rural.

Selon les provinces de la RDC, la prévalence de l'émaciation dépasse 10 %, taux considéré comme seuil critique, dans cinq provinces à savoir la province du Kasaï Oriental (15 %), Kasaï Occidental (14 %), et Katanga (12 %), Maniema (11 %) et Équateur (10 %).

Comme pour le retard de croissance, on constate que le niveau de l'émaciation varie en fonction du niveau d'instruction de la mère, la proportion d'enfants émaciés étant de 11 % parmi ceux dont la mère n'a aucune instruction, de 12 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et 8 % parmi ceux dont elle a un niveau d'instruction secondaire. On observe également que la prévalence de la malnutrition aiguë diminue au fur et à mesure que le niveau de bien-être économique du ménages s'améliore, d'un maximum de 12 % (second quintile) à un minimum de 9 % (le plus riche).

On note par ailleurs que 6 % des enfants ont un rapport poids-pour-taille au dessus de plus de 2 écarts-types des nomes de l'OMS 2006 : ces enfants présentent donc une surcharge pondérale.

Malnutrition aiguë en tenant compte des œdèmes

De la perte de poids, au retard de croissance et à la carence en vitamines et en minéraux, les signes de la malnutrition protéino-énergétique sont divers. Le kwashiorkor est une des manifestations cliniques de la malnutrition protéino-énergétique sous la forme sévère. Les œdèmes sont des symptômes révélateurs, entre autres, de cet état grave. Au cours de l'enquête EDS-RDC, les données collectées sur les enfants présentant des œdèmes bilatéraux, signe du kwashiorkor, ont permis d'évaluer la prévalence des œdèmes. Précisons que les enquêteurs ont été formés pour reconnaître ces œdèmes liés à la malnutrition. Le tableau 11.2 présente la prévalence de la malnutrition aiguée qui tient compte des œdèmes. L'enquête a identifié 4 % des enfants présentant des œdèmes. Cette proportion varie en fonction de l'âge. C'est parmi les enfants de moins de 18 mois que la prévalence des œdèmes est la plus élevée. En particulier, on constate une augmentation de cette prévalence entre 6-8 mois et 9-11 mois, groupe d'âges dans lequel 9 % des enfants présentent des œdèmes. À partir de 18 mois, cette proportion diminue (3 %) pour atteindre un minimum de 2 % parmi ceux de 48-59 mois.

Cette proportion d'enfants présentant des œdèmes varie de manière importante selon l'état nutritionnel de la mère. Quand la mère est maigre, 7 % des enfants présentent ces signes de malnutrition

graves contre 3 % quand elle a un IMC normal ou quand elle accuse un surpoids. Par ailleurs, on note une différence dans la prévalence des œdèmes selon le milieu de résidence, la proportion d'enfants présentant ces symptômes étant plus de deux fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (5 % contre 2 %). Cette prévalence varie d'un maximum de 7 % dans les provinces Orientale et du Nord Kivu, à 6 % au Kasaï Occidental et à un minimum de 1 % au Maniema. Les cas d'œdèmes diminuent avec l'élévation du niveau d'instruction de la mère et l'amélioration du niveau socio-économique du ménage.

En tenant compte des œdèmes dans l'analyse de la malnutrition aiguë, le pourcentage d'enfants souffrant de malnutrition aiguë en RDC est de 13 % et la prévalence de la malnutrition aiguë sévère est de 8 %. Le tableau 11.2 montre par ailleurs des différences marquées selon l'âge, l'état nutritionnel de la mère, la province et le niveau socio-économique du ménage.

Tableau 11.2 Prévalence des œdèmes

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition aiguë selon l'indice poids-pour-taille en tenant compte des œdèmes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Poids-pour-taille: Pourcentage en dessous de -3 ET ou avec œdèmes	Poids-pour-taille: Pourcentage en dessous de -2 ET[1] ou avec œdèmes	Pourcentage avec œdèmes	Effectif des enfants
Âge en mois				
<6	12,6	22,8	7,4	277
6-8	13,2	20,7	4,4	181
9-11	15,9	25,8	9,3	186
12-17	11,5	19,2	7,1	383
18-23	7,8	11,9	3,2	320
24-35	6,1	11,2	3,0	793
36-47	8,2	10,3	3,8	729
48-59	4,0	8,2	1,9	762
Sexe				
Masculin	9,1	15,0	4,1	1 772
Féminin	7,2	11,9	4,1	1 859
État nutritionnel de la mère[2]				
Maigre (IMC<18,5)	12,0	23,7	7,2	483
Normal (IMC 18,5-24,9)	7,1	11,9	3,3	2 374
En surpoids/obèse (IMC ≥ 25)	7,1	9,2	2,9	415
Milieu de résidence				
Urbain	7,2	12,5	2,3	1 470
Rural	8,8	14,0	5,3	2 161
Province				
Kinshasa	3,8	11,2	1,9	394
Bas-Congo	5,4	10,5	2,6	142
Bandundu	7,5	11,5	5,1	601
Équateur	10,5	14,8	4,8	420
Orientale	9,5	13,1	7,0	433
Nord-Kivu	10,4	13,1	6,7	166
Sud-Kivu	7,3	12,1	5,1	183
Maniema	5,7	11,7	1,2	115
Katanga	8,4	14,2	1,9	360
Kasaï Oriental	8,9	16,0	1,5	443
Kasaï Occidental	9,8	16,1	5,9	374
Niveau d'instruction de la mère[3]				
Aucune instruction	10,1	14,8	5,8	751
Primaire	10,0	15,9	4,7	1 446
Secondaire	3,8	9,1	1,5	1 126
Supérieur	(6,1)	(10,6)	(2,5)	23
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	9,6	14,8	6,2	804
Second	12,3	16,2	5,3	691
Moyen	6,1	12,4	3,6	787
Quatrième	7,0	12,4	2,8	785
Le plus riche	5,5	10,8	2,2	564
Ensemble	8,1	13,4	4,1	3 631

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. L'indice poids-pour-taille est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart-type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. L'indice présenté dans ce tableau n'est pas comparable aux données basées sur les normes NCHS/CDC/OMS. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.
[1] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence internationale.
[2] Non compris les enfants dont la mère n'a pas été pesée et mesurée. L'état nutritionnel de la mère, évalué au moyen de l'IMC (Indice de Masse Corporelle), est présenté au tableau 11.11.
[3] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Insuffisance pondérale

Le tableau 11.1 et le graphique 11.1 présentent aussi l'état nutritionnel des enfants mesuré au moyen de l'indice poids-pour-âge. Cet indicateur est un indice qui reflète, à la fois et sans les différencier, les deux formes précédentes de malnutrition, chronique et aiguë. C'est donc un indice combiné (puisqu'un faible poids-pour-âge peut être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance) qui traduit une insuffisance pondérale chez les enfants. C'est la mesure utilisée le plus souvent par les services de santé pour suivre les progrès nutritionnels et la croissance des enfants. Cependant, son utilisation reste limitée car il ne permet pas de distinguer les déficiences alimentaires de longue durée (retard de croissance) de celles qui sont récentes (émaciation). Comme le poids-pour-taille, cet indice est sensible aux variations saisonnières et sa valeur est limitée quand il n'existe qu'une seule mesure dans le temps. Il est présenté ici essentiellement pour permettre des comparaisons avec les résultats des études ou des suivis nutritionnels des enfants qui utilisent cette mesure. Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins deux écarts-types de la médiane poids-pour-âge de la population de référence sont considérés comme présentant une insuffisance pondérale, en dessous de moins trois écarts-types, on parle d'insuffisance pondérale sévère.

En RDC, un enfant de moins de cinq ans sur quatre (25 %) souffre d'insuffisance pondérale : 17 % sous la forme modérée et 8 % sous la forme sévère. Une fois encore, la situation est très préoccupante, puisque ces proportions sont nettement supérieures à celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3 % et 0,1 %).

Comme pour les autres formes de malnutrition, la prévalence de l'insuffisance pondérale varie de manière importante selon les caractéristiques sociodémographiques des enfants. Comme pour le retard de croissance, cette forme de malnutrition qui se rencontre déjà chez les nourrissons (10 % à moins de six mois) augmente très rapidement pour toucher plus d'un cinquième des enfants de 18-23 mois (23 %) et un tiers de ceux de 48-59 mois (33 %).

En ce qui concerne le sexe on observe une légère différence en défaveur du sexe masculin, soit une prévalence de l'insuffisance pondérale de 28 % pour les enfants de sexe masculin contre une prévalence de 23 % pour ceux de sexe féminin. Les enfants dont l'intervalle intergénésique est inférieur à 24 mois présentent plus fréquemment que les autres une insuffisance pondérale (27 % contre 19 % quand l'intervalle est de 48 mois ou plus). De même, les enfants dont la taille à la naissance est considérée comme très petite présentent plus fréquemment que les autres une insuffisance pondérale (48 % contre 29 % parmi ceux de petite taille et 23 % parmi ceux qui étaient moyens ou plus gros que la moyenne à leur naissance). On note également que le niveau de l'insuffisance pondérale est influencé par l'état nutritionnel de la mère. En effet, parmi les enfants dont la mère est maigre, 36 % présentent une insuffisance pondérale contre 23 % parmi ceux dont la mère a un IMC normal et 17 % parmi ceux dont la mère accuse un surpoids ou est obèse. Les résultats selon le lieu de résidence montrent que c'est en milieu rural que la prévalence de l'insuffisance pondérale est la plus élevée (29 % contre 19 %).

Selon les provinces, on constate aussi des variations du niveau de l'insuffisance pondérale. C'est à Kinshasa que l'on observe le niveau le plus faible, soit 15 %. Par contre, dans trois provinces, à savoir Sud-Kivu (31 %), Kasaï Oriental (31 %) et Kasaï Occidental (30 %), la prévalence dépasse 30 %.

Comme pour la malnutrition chronique, la prévalence de l'insuffisance pondérale varie de manière importante en fonction du niveau d'instruction de la mère puisque parmi les enfants dont la mère n'a aucune instruction, ou a le niveau d'instruction primaire, 29 % présentent une insuffisance pondérale contre seulement 16 % parmi les enfants dont la mère a un niveau secondaire.

Enfin, la proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale diminue régulièrement avec le niveau de bien-être du ménage, 29 % des enfants présentant une insuffisance pondérale dans les ménages du second quintile contre 15 % dans les ménages du quintile le plus riche.

Tendances

Comme on l'a précisé précédemment, les normes utilisées ici pour estimer l'état nutritionnel des enfants sont celles adoptées par l'OMS en 2006. Les données présentées au tableau 11.1 ne sont donc pas comparables aux données de l'enquête MICS2 qui étaient basées sur la population de référence internationale du NCHS/CDC/OMS. Aussi, pour permettre des comparaisons, on a également calculé l'état nutritionnel des enfants de l'EDS-RDC, en utilisant cette ancienne référence ; ces résultats sont présentés au tableau C.7 en Annexe C et au graphique 11.2. On constate que la proportion d'enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée ou sévère a diminué entre 2001 et 2007. En effet, la malnutrition aiguë affectait 13 % des enfants en 2001 contre 9 % en 2007. En ce qui concerne la forme sévère, la prévalence de la malnutrition aiguée est passée de 3 % en 2001 à 2 % en 2007.

En ce qui concerne les autres indicateurs de l'état nutritionnel (retard de croissance et insuffisance pondérale), on constate également un léger changement entre les deux enquêtes. La prévalence du retard de croissance a légèrement augmenté, elle était de 38 % en 2001 et elle est passée à 40 % en 2007.

Quand à la prévalence de l'insuffisance pondérale, son niveau a peu changé, la prévalence étant évalué à 31 % en 2001 comme en 2007. Concernant la forme sévère, la prévalence est passée de 9 % en 2001 à 8 % en 2007.

Graphique 11.2 Malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans selon MICS2 et EDS-RDC

11.2 ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières à savoir sa valeur nutritionnelle élevée, son innocuité en matière de germes, sa richesse en anticorps, le

lait maternel protège l'enfant contre les maladies infectieuses et lui assure une bonne croissance. D'autre part, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement prolonge l'infécondité post-partum et affecte, par conséquent, l'intervalle intergénésique, ce qui influe sur le niveau de la fécondité et, donc, sur l'état de santé des enfants et des mères.

11.2.1 Début de l'allaitement

Compte tenu de l'importance des pratiques d'allaitement, on a demandé aux mères si elles avaient allaité leurs enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête et, plus précisément, quel était l'âge des ces enfants au moment où elles les avaient allaités, pendant combien de temps elles les avaient allaités, quelle était la fréquence de l'allaitement, à quel âge avaient été introduits les aliments de complément et de quel type d'aliments il s'agissait, et enfin à quelle fréquence les différents types d'aliments avaient été donnés à l'enfant. On a, également, demandé aux mères si elles avaient utilisé un biberon.

Le tableau 11.3 présente, d'une part, les pourcentages d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités et, d'autre part, parmi les enfants derniers-nés et allaités, les pourcentages de ceux qui ont été allaités dans l'heure ou le jour qui a suivi la naissance, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En outre, ce tableau présente le pourcentage d'enfants ayant été alimentés avant d'être allaités.

L'allaitement est une pratique généralisée en RDC, la quasi-totalité d'enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête (95 %) ont été allaités et cette pratique est uniforme quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques considérées. En outre, on constate que la proportion d'enfants allaités est restée stable depuis la dernière enquête MICS2 de 2001 (95 %).

Bien que l'allaitement maternel soit largement pratiqué, on constate cependant qu'en RDC, seuls 48 % des enfants ont été mis au sein pour la première fois dans l'heure qui a suivi leur naissance et que, globalement, 83 % des enfants ont été allaités pour la première fois dans les 24 heures qui ont suivi leur naissance.

En outre, le début de la première mise au sein varie selon les provinces du pays. Les résultats montrent que c'est dans les provinces du Kasaï Occidental, Kasaï Oriental et au Nord-Kivu que les proportions d'enfants mis au sein dans l'heure qui à suivi l'accouchement sont les plus élevées, soit respectivement 68 %, 53 %, et 56 %. La province du Katanga et la Ville de Kinshasa enregistrent les proportions les plus faibles d'enfants mis au sein dans l'heure qui a suivi l'accouchement, soit respectivement 31 % et 44 %. D'autre part, les résultats selon le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage dans lequel vit l'enfant ne font pas apparaître d'écarts importants. On peut néanmoins souligner que ce sont les enfants dont la mère a un niveau d'instruction primaire (50 %) et ceux vivant dans un ménage du quatrième quintile ou du quintile moyen (51 % dans les deux cas) qui ont été les plus fréquemment allaités immédiatement après leur naissance.

Le tableau 11.3 montre également que 18 % des enfants ont reçu des aliments autres que le lait maternel avant le début de l'allaitement. Cette proportion varie de 20 % en milieu urbain à 16 % en milieu rural et d'un minimum de 4 % dans la province de Bandundu à un maximum de 40 % dans la province du Sud-Kivu. On note aussi que cette pratique est plus fréquente parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction supérieur (36 %) et parmi ceux des ménages du quintile le plus riche (28 %).

Tableau 11.3 Allaitement initial

Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête qui ont été allaités; parmi les enfants derniers-nés des cinq années ayant précédé l'enquête et qui ont été allaités, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance, pourcentage de ceux qui ont commencé à être allaités le jour qui a suivi leur naissance et pourcentage de ceux ayant reçu des aliments avant d'être allaités, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Parmi les enfants nés au cours des cinq dernières années		Parmi les derniers-nés qui ont été allaités			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage allaité	Effectif d'enfants nés au cours des cinq dernières années	Pourcentage allaité dans l'heure qui a suivi la naissance	Pourcentage allaité dans les 24 heures qui ont suivi la naissance[1]	Pourcentage alimenté avant le début de l'allaitement[2]	Effectif d'enfants derniers-nés qui ont été allaités
Sexe						
Masculin	94,6	4 410	47,2	82,2	18,2	2 648
Féminin	96,0	4 589	48,9	82,9	16,8	2 666
Milieu de résidence						
Urbain	95,2	3 490	47,2	83,2	20,0	2 117
Rural	95,3	5 509	48,6	82,2	15,8	3 196
Province						
Kinshasa	93,9	869	44,2	76,9	32,1	576
Bas-Congo	94,9	361	47,7	82,8	24,8	226
Bandundu	97,0	1 415	46,4	81,7	4,1	867
Équateur	94,2	1 146	49,8	75,5	15,9	685
Orientale	93,7	1 019	44,3	76,3	25,1	585
Nord-Kivu	96,4	351	56,3	92,9	19,6	198
Sud-Kivu	96,8	433	44,9	77,3	40,2	227
Maniema	96,2	306	44,5	82,2	14,8	184
Katanga	95,8	916	30,5	79,5	24,8	556
Kasaï Oriental	94,9	1 221	52,8	94,0	7,5	664
Kasaï Occidental	95,5	962	68,2	93,3	9,3	545
Niveau d'instruction de la mère						
Aucune instruction	94,4	2 117	47,1	79,2	22,0	1 217
Primaire	96,1	3 770	50,3	84,7	13,5	2 202
Secondaire	95,0	3 034	46,3	82,1	18,8	1 842
Supérieur	91,0	78	40,0	85,7	36,1	52
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	95,8	1 873	45,3	83,3	17,6	1 092
Second	94,5	2 035	47,6	81,4	13,4	1 159
Moyen	96,4	1 864	51,0	82,6	12,5	1 146
Quatrième	94,7	1 844	51,2	84,6	18,2	1 047
Le plus riche	94,9	1 383	44,6	80,7	28,4	871
Ensemble	95,3	8 999	48,1	82,6	17,5	5 314

Note : Le tableau est basé sur tous les enfants nés dans les cinq années ayant précédé l'enquête, qu'ils soient vivants ou décédés au moment de l'enquête.
[1] Y compris les enfants qui ont commencé à être allaités dans l'heure qui a suivi la naissance
[2] Les enfants ayant reçu quelque chose d'autre que le lait maternel au cours des trois premiers jours

11.2.2 Allaitement exclusif et alimentation de complément

Selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF (auxquelles la RDC a souscrit), tous les enfants devraient être exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois. L'introduction trop précoce d'aliments de complément n'est pas recommandée car elle expose les enfants aux agents pathogènes et augmente ainsi le risque de contracter des maladies infectieuses, en particulier la diarrhée. De plus, l'alimentation précoce diminue la prise de lait par l'enfant, et donc la succion, ce qui réduit la production de lait. Enfin, dans les populations économiquement pauvres, les aliments de complément sont souvent pauvres du point de vue nutritionnel. Par ailleurs, à partir de six mois, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et lui garantir la meilleure croissance possible.

Les informations sur l'alimentation de complément ont été obtenues en demandant à la mère si son enfant était allaité et quel type d'aliments (solides ou liquides) il avait reçu au cours des dernières 24

heures. Bien que les questions sur l'allaitement aient été posées pour tous les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, celles portant sur les aliments de complément n'ont été posées que pour les enfants derniers nés. De plus, les résultats ne sont présentés que pour les enfants de moins de trois ans, dans la mesure où pratiquement tous les enfants sont sevrés au-delà de cet âge.

Les données du tableau 11.4 montrent que la pratique de l'allaitement exclusif n'est pas encore courante en RDC. Dans l'ensemble, seulement 36 % des enfants de moins de 6 mois ont été exclusivement allaités au sein jusqu'à 6 mois. En d'autres termes, la grande majorité des jeunes enfants (64 %) ne sont pas allaités comme le recommandent l'OMS, l'UNICEF et la politique nationale en matière de nutrition. Si on considère les enfants de moins de 4 mois, 46 % ont été exclusivement allaités au sein. Néanmoins, on note que la pratique de l'allaitement exclusif a augmenté puisqu'elle était estimée à 24 % lors de l'enquête MICS2.

Tableau 11.4 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de 3 ans vivant avec leur mère par type d'allaitement et pourcentage actuellement allaités et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de trois ans nourris au biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

			Allaités et recevant :								
Âge en mois	Non allaité	Allaité exclusivement	Eau seulement	Liquides autres que le lait/jus	Autre lait	Aliments de complément	Total	Pourcentage actuellement allaités	Effectif d'enfants derniers-nés de moins de 3 ans	Pourcentage utilisant un biberon[1]	Effectif d'enfants
0-1	0,1	59,9	22,8	1,8	2,5	12,9	100,0	99,9	286	2,9	288
2-3	0,6	33,4	26,8	2,7	6,9	29,6	100,0	99,4	328	10,2	332
4-5	1,8	17,1	18,5	3,3	8,9	50,4	100,0	98,2	313	10,4	314
6-8	2,7	3,6	4,3	2,3	4,1	83,0	100,0	97,3	421	11,1	427
9-11	2,8	3,3	7,8	2,2	3,0	80,9	100,0	97,2	379	7,8	393
12-17	11,4	1,4	5,1	0,6	1,4	80,1	100,0	88,6	877	8,4	909
18-23	32,8	0,8	1,6	1,1	0,7	63,1	100,0	67,2	596	9,5	676
24-35	70,9	0,6	0,6	0,8	0,3	26,8	100,0	29,1	1 068	6,2	1 664
0-3	0,4	45,7	24,9	2,3	4,9	21,8	100,0	99,6	614	6,8	620
0-5	0,8	36,1	22,8	2,6	6,2	31,5	100,0	99,2	927	8,0	934
6-9	2,6	2,9	5,5	2,9	4,0	82,2	100,0	97,4	555	11,3	569
12-15	9,2	1,8	6,2	0,8	1,9	80,1	100,0	90,8	630	9,4	651
12-23	20,1	1,1	3,7	0,8	1,1	73,2	100,0	79,9	1 472	8,9	1 585
20-23	36,5	0,8	2,1	0,2	0,1	60,4	100,0	63,5	388	8,8	439

Note : Les données sur l'allaitement se rapportent à la période des dernières 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories concernant les enfants « non allaités », « allaités exclusivement », « allaités et eau seulement », « liquides autres que le lait/jus », « autre lait »,et « aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides autres que le lait et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « liquides autres que le lait » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.
[1] Basé sur tous les enfants de moins de trois ans.

Dès les premiers jours qui suivent la naissance, il est très fréquent que le nourrisson reçoive autre chose que le lait maternel : à moins de 2 mois, 23 % des enfants ont reçu de l'eau seulement en plus du lait maternel, 2 % ont reçu des liquides autres que le lait ou des jus et 13 % ont déjà reçu des aliments de complément. À l'opposé, parmi les enfants de moins de 2 mois, 60 % des enfants ont été exclusivement nourris au sein.

L'allaitement maternel doit être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus. Cependant, à partir de l'âge de 6 mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour couvrir les besoins nutritionnels de l'enfant. Il doit être complété par des aliments de complément adaptés pour permettre une croissance normale et un développement harmonieux de l'enfant. Les résultats de l'enquête montrent que 17 % des enfants de 6-8 mois n'ont pas reçu d'aliments de complément et ne sont donc pas nourris de façon appropriée.

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques. Le tableau 11.4 montre qu'en RDC, les mères utilisent fréquemment le biberon. Ainsi, 3 % des enfants de moins de 2 mois avaient été nourris au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'interview. Cette proportion est de 10 % à 2-3 mois et à 4-5 mois.

11.2.3 Durée et fréquence de l'allaitement maternel

La durée médiane de l'allaitement est calculée pour les enfants derniers-nés âgés de moins de trois ans. Les résultats du tableau 11.5 indiquent qu'en RDC, la moitié des enfants sont allaités durant une période de 21 mois, la durée médiane de l'allaitement exclusif est estimée à 1,3 mois et celle de l'allaitement au sein prédominant, c'est-à-dire lait maternel et eau seulement, est de 3,2 mois. On ne constate pas d'écart dans la durée d'allaitement selon le sexe de l'enfant. Par contre, les enfants sont allaités un peu plus longtemps en milieu rural (médiane de 21,7 mois) qu'en milieu urbain (19,9 mois). C'est dans la ville province de Kinshasa que l'on note la durée médiane d'allaitement la plus courte, soit 15,8 mois. À l'opposé, c'est dans le Bandundu que l'on observe la durée médiane de l'allaitement la plus longue (27,3). On ne note pas d'écart de cette durée médiane d'allaitement en fonction du niveau d'instruction des femmes. Enfin, on constate que la durée médiane de l'allaitement au sein est plus faible dans le quintile économique le plus riche, soit 17,3 mois, alors que pour le second quintile, la durée est de 22,9 mois.

En outre, le tableau 11.5 montre que 95 % des enfants de moins de 6 mois qui ont été allaités l'ont été six fois ou plus au cours des 24 heures ayant précédé l'interview. Le nombre d'allaitement est plus élevé pendant le jour que pendant la nuit (7,8 fois contre 5,4 fois en moyenne). En outre, on constate que la proportion d'enfants qui ont été allaités six fois ou plus au cours des dernières 24 heures diffère très peu selon les caractéristiques sociodémographiques. Il en est de même pour le nombre moyen d'allaitements, que ce soit de jour ou de nuit.

Tableau 11.5 Durée médiane et fréquence de l'allaitement

Durée médiane de l'allaitement, de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant des enfants nés au cours des trois années ayant précédé l'enquête, pourcentage d'enfants allaités de moins de six mois vivant avec leur mère qui ont été allaités six fois ou plus au cours des vingt-quatre heures ayant précédé l'enquête et nombre moyen d'allaitements (de jour et de nuit), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Durée médiane (en mois) de l'allaitement parmi les enfants derniers-nés au cours des trois dernières années			Fréquence de l'allaitement parmi les enfants de moins de six mois			
	Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant	Pourcentage allaité 6 + fois dans les dernières 24 heures	Nombre moyen d'allaitements de jour	Nombre moyen d'allaitements de nuit	Effectif d'enfants
Sexe							
Masculin	21,1	1,1	3,1	94,9	8,1	5,6	403
Féminin	21,0	1,5	3,2	95,4	7,6	5,2	472
Milieu de résidence							
Urbain	19,9	1,5	3,2	95,1	7,9	5,0	337
Rural	21,7	1,2	3,2	95,3	7,8	5,6	538
Province							
Kinshasa	15,8	1,2	3,0	94,6	7,2	4,9	65
Bas-Congo	19,1	1,7	4,6	93,1	6,4	4,2	43
Bandundu	27,3	1,5	3,4	97,5	7,2	5,8	171
Équateur	19,8	1,9	4,3	98,4	8,5	5,5	109
Orientale	20,9	0,7	3,3	(95,3)	(10,4)	(5,7)	72
Nord-Kivu	22,0	3,7	4,2	97,3	7,1	5,7	32
Sud-Kivu	18,7	1,7	2,2	99,1	6,3	5,4	40
Maniema	22,1	2,8	4,7	97,3	7,1	4,3	29
Katanga	18,7	1,6	2,3	88,4	6,8	4,6	96
Kasaï Oriental	21,8	0,7	2,5	96,0	9,0	5,5	119
Kasaï Occidental	21,0	0,6	3,1	91,7	7,9	5,8	98
Niveau d'instruction de la mère							
Aucune instruction	21,6	1,5	2,6	93,0	6,8	5,4	216
Primaire	21,1	1,2	3,2	96,8	8,8	5,5	363
Secondaire	20,7	1,4	3,5	94,8	7,4	5,2	290
Supérieur	13,5	2,0	2,4	*	*	*	6
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	21,8	1,4	2,9	92,7	8,0	4,9	147
Second	22,9	0,9	3,3	97,0	7,2	6,1	241
Moyen	21,5	1,8	3,7	96,4	8,5	5,4	190
Quatrième	20,7	1,7	3,3	92,0	8,0	5,5	184
Le plus riche	17,3	0,7	2,5	97,8	7,6	4,4	112
Ensemble	21,0	1,3	3,2	95,2	7,8	5,4	875
Moyenne pour tous les enfants	21,0	3,0	5,3	na	na	na	na

Note : Les durées moyennes et médianes sont basées sur la situation par rapport à l'allaitement au moment de l'enquête.
[1] On suppose que les enfants derniers-nés et les naissances précédentes qui ne vivent pas actuellement avec leur mère ne sont pas actuellement allaitées.
[2] Sont exclus les enfants dont la réponse sur le nombre d'allaitements n'est pas valable.
[3] Soit exclusivement allaité, soit reçoit le lait maternel et de l'eau plate, et/ou des liquides autres que le lait seulement
na = Non applicable
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

11.2.4 Type d'aliments de complément

Le tableau 11.6 présente les pourcentages d'enfants derniers-nés de moins de 3 ans qui ont reçu certains aliments particuliers le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête. Les résultats concernent les enfants qui vivent avec leur mère et ils sont présentés pour les enfants allaités et pour ceux qui ne le sont pas. On constate en premier lieu que l'introduction des aliments solides ou semi solides a lieu très tôt, bien avant 6 mois. En effet, à 2-3 mois, plus d'un cinquième des enfants allaités (29 %) ont déjà reçu de la

nourriture solide ou semi solide, en particulier des aliments à base de céréales (19 %) ; à 4-5 mois, cette proportion est de 49 %.

L'introduction d'aliments solides ou semi solides dans l'alimentation des enfants est recommandée à partir de l'âge de six mois. Plusieurs types d'aliments de complément pouvant être donnés à la fois, la somme des pourcentages peut excéder 100 %. En RDC, à 6-8 mois, âges auxquels on recommande l'introduction d'une alimentation de complément, 16 % des enfants ne consomment aucun aliment solide ou semi solide en complément au lait maternel. Cependant, on note qu'à 6-8 mois, 52 % consomment des fruits et/ou légumes, 43 % des nourritures à base de céréales, 27 % des préparations à base de tubercules, et 19 % à base de légumineuses et de noix. Dans les groupes d'âges 12-17, 18-23 et 24-35 mois, on constate que les proportions d'enfants non allaités qui consomment les différents types d'aliments sont, en général, légèrement plus élevées que celles observées pour les enfants allaités.

Tableau 11.6 Aliments et liquides reçus par les enfants le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête

Pourcentage d'enfants derniers-nés de moins de trois ans vivant avec leur mère, qui ont reçu certains aliments le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête, en fonction du fait qu'ils sont, ou non, allaités, selon l'âge, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Liquides			Aliments solides ou semi solides								
Âge en mois	Aliments pour bébé	Autres laits[1]	Autres liquides[2]	Aliments à base de céréales[3]	Fruits et légumes riches en vitamines A[4]	Autres fruits et légumes	Aliments à base de racines, de tubercules	Aliments à base de légumin-euses et de noix	Fromage, yaourt, autre produit laitier	Tout aliment solide ou semi solide	Aliments contenant de l'huile, de la graisse et du beurre	Effectif d'enfants
ENFANTS ALLAITÉS												
0-1	5,8	2,2	5,6	2,1	9,9	2,1	3,5	1,9	2,1	12,8	3,4	285
2-3	19,8	6,9	15,9	19,1	10,4	5,5	5,8	6,2	0,2	28,9	9,5	326
4-5	22,6	7,4	23,2	26,4	22,2	8,8	10,8	14,6	0,2	49,0	20,6	307
6-8	22,2	10,7	35,1	42,8	51,7	25,4	26,7	19,2	0,4	83,7	44,6	410
9-11	24,7	8,8	39,2	41,4	55,2	26,7	26,9	25,0	0,6	80,7	53,6	368
12-17	20,6	11,7	36,3	47,5	64,1	30,7	37,0	32,5	2,2	89,4	53,7	776
18-23	25,2	7,6	39,4	42,1	71,1	32,3	37,6	33,2	1,6	92,6	53,2	400
24-35	22,7	7,8	43,0	46,6	73,5	33,2	48,1	41,6	0,2	89,6	46,6	311
6-23	22,6	10,1	37,2	44,3	61,3	29,1	33,0	28,4	1,4	87,2	51,7	1 954
Ensemble	20,8	8,6	31,4	36,4	48,9	22,7	26,9	23,7	1,1	71,1	39,5	3 185
ENFANTS NON ALLAITÉS												
0-11	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	29
12-17	19,8	19,2	37,0	63,0	69,3	31,8	30,7	29,0	3,7	90,5	60,4	100
18-23	29,3	22,4	50,8	55,6	68,4	27,9	30,6	39,3	3,0	90,7	53,8	195
24-35	23,0	17,8	47,4	57,0	71,8	30,4	38,9	33,8	2,8	92,5	61,0	758
6-23	27,1	22,9	45,3	57,6	68,7	29,6	30,6	35,6	3,6	91,1	55,0	318
Ensemble	24,2	19,2	46,6	56,9	70,6	30,0	36,3	34,1	3,0	91,6	59,0	1 083

Note : Les données sur l'allaitement et sur les aliments consommés se rapportent à la période de « 24 heures » (hier et la nuit dernière).
[1] Autre lait inclut le lait de vache ou d'un autre animal, qu'il soit frais, en boîte ou en poudre.
[2] N'inclut pas l'eau plate
[3] Inclut les aliments enrichis pour bébés
[4] Inclut citrouilles, ignames et courges rouges ou jaunes, carottes, patates douces rouges, les légumes à feuilles vertes, les mangues et les papayes
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

11.2.5 Pratiques d'alimentation du jeune enfant

Le tableau 11.7 présente les proportions des plus jeunes enfants de 6-23 mois qui vivent avec leur mère et qui sont nourris de manière adéquate. On considère que les enfants nourris de manière appropriée sont ceux qui ont consommé certains groupes d'aliments déterminés un certain nombre de fois. Les résultats sont présentés pour les enfants allaités et pour ceux qui ne le sont pas, les pratiques d'alimentation appropriées étant différentes pour ces deux groupes d'enfants. Il est recommandé que les enfants allaités de 6-23 mois soient nourris avec au moins trois groupes d'aliments. En outre, les enfants

de 6-8 mois doivent être nourris au moins deux fois par jour et ceux de 9-23 mois au moins trois fois par jour. Les enfants non allaités de 6-23 mois doivent consommer du lait ou des produits laitiers chaque jour. De plus, ils doivent consommer au moins quatre groupes d'aliments et ils doivent manger au moins quatre fois par jour.

Les résultats montrent que parmi les enfants allaités, seulement 30 % (moins d'un enfant sur trois) sont nourris selon le nombre minimum de fois recommandé, la moitié (53 %) ont consommé les aliments d'au moins trois groupes définis et seulement 18 % des enfants sont nourris au moins avec trois groupes d'aliments et avec un nombre de fois minimum requis. C'est dans la province de Kinshasa et dans le quintile de bien-être le plus riche que l'on observe les proportions les plus élevées d'enfants nourris avec au moins trois groupes d'aliments et un nombre de fois minimum, soit respectivement 26 % et 22 %.

Les proportions d'enfants non allaités de 6-23 mois nourris de manière appropriée ne sont pas plus élevées que celles observées chez les enfants allaités : seulement 41 % ont reçu du lait ou des produits laitiers chaque jour, seulement 9 % ont été nourris au moins quatre fois par jour, un peu plus d'un tiers (38 %) ont reçu des aliments d'au moins quatre groupes. Globalement, parmi les enfants non allaités, seulement 2 % peuvent être considérés comme ayant été nourris conformément aux trois pratiques d'alimentation optimales du nourrisson et du jeune enfant.

Globalement, quand on considère tous les enfants de 6-23 mois allaités ou non allaités, on constate que la plupart d'enfants ne sont pas nourris de manière appropriée. En effet, seulement 15 % des enfants de 6-23 mois sont nourris en suivant les trois pratiques appropriées d'alimentation du jeune enfant et du nourrisson.

La proportion d'enfants de 6-23 mois (allaités ou pas) nourris de manière appropriée varie selon les caractéristiques sociodémographiques. On constate que les pratiques optimales sont peu suivies pour les enfants de 9-11 mois (12 %) et pour ceux des provinces de l'Équateur (10 %) et du Katanga (11 %). À l'opposé, elles sont un peu mieux appliquées et suivies dans les provinces de Kinshasa et du Nord-Kivu (20 %).

Tableau 11.7 Pratiques alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants

Pourcentage d'enfants derniers-nés de 6-23 mois vivant avec leur mère qui ont été nourris en suivant les trois pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, par nombre de groupes d'aliments et par nombre de fois qu'ils sont nourris durant le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête selon qu'ils sont ou non allaités et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Parmi les enfants allaités de 6-23 mois, pourcentage ayant reçu :				Parmi les enfants non allaités de 6-23 mois, pourcentage ayant reçu :					Parmi tous les enfants de 6-23 mois, pourcentage ayant reçu :				
Caractéristique sociodémographique	Au moins 3 groupes d'aliments[1]	Nourriture au moins un nombre minimum de fois[2]	Au moins 3 groupes d'aliments et nourris un nombre minimum de fois	Effectif d'enfants allaités de 6-23 mois	Lait ou produits laitiers[3]	Au moins 4 groupes d'aliments[1]	Nourriture au moins 4 fois	Avec 3 pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant appropriées[4]	Effectif d'enfants non allaités de 6-23 mois	Allaitement maternel, lait ou produits laitiers[3]	Au moins un nombre minimum de groupes d'aliments[1,5]	Nourriture au moins un nombre minimum de fois[6]	Avec 3 pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant appropriées	Effectif d'enfants de 6-23 mois
Âge en mois														
6-8	39,6	52,6	24,4	410	*	*	*	*	11	98,7	39,5	51,8	23,8	421
9-11	49,6	18,7	11,8	368	*	*	*	*	11	99,0	49,1	18,3	11,5	379
12-17	56,6	25,9	17,0	776	33,7	40,1	9,3	1,0	100	92,4	54,7	24,0	15,2	877
18-23	60,7	27,1	17,5	400	42,9	37,7	8,4	1,9	195	81,3	53,2	20,9	12,4	596
Sexe														
Masculin	51,5	30,1	16,8	1 047	47,7	42,8	9,1	2,5	153	93,3	50,4	27,4	15,0	1 200
Féminin	53,8	30,8	18,6	907	34,8	33,8	9,1	0,8	164	90,0	50,7	27,4	15,9	1 072
Milieu de résidence														
Urbain	50,2	31,9	17,4	714	52,0	42,2	9,1	2,9	172	90,7	48,7	27,4	14,6	886
Rural	54,0	29,5	17,8	1 240	28,1	33,3	9,2	0,0	146	92,4	51,8	27,4	16,0	1 386
Province														
Kinshasa	63,3	37,2	26,4	163	66,3	47,6	12,8	6,3	73	89,5	58,5	29,6	20,2	236
Bas-Congo	58,1	28,8	18,3	70	(32,2)	(35,9)	(12,4)	(0,0)	15	88,0	54,1	25,9	15,0	85
Bandundu	38,9	37,1	16,6	367	*	*	*	*	12	97,6	37,9	36,1	16,1	379
Équateur	44,3	22,5	11,5	236	(36,1)	(33,3)	(3,9)	(0,0)	38	91,0	42,8	19,8	9,9	274
Orientale	55,2	31,9	18,2	237	(5,7)	(35,2)	(15,2)	(0,0)	40	86,5	52,3	29,5	15,6	277
Nord-Kivu	55,3	31,7	21,9	84	*	*	*	*	10	95,8	54,4	30,9	20,0	94
Sud-Kivu	61,1	29,5	18,3	92	(20,4)	(27,6)	(9,3)	(0,0)	23	83,9	54,3	25,4	14,6	115
Maniema	51,9	23,4	17,6	69	(21,5)	(26,2)	(4,8)	(0,0)	11	89,6	48,5	20,9	15,3	80
Katanga	45,7	28,7	12,8	166	(53,1)	(55,7)	(2,7)	(0,0)	34	91,9	47,4	24,2	10,6	200
Kasaï Oriental	63,9	28,4	21,8	245	(47,8)	(37,9)	(9,5)	(0,0)	38	92,9	60,4	25,9	18,9	284
Kasaï Occidental	59,8	27,1	16,1	226	*	*	*	*	23	94,2	56,5	24,6	14,6	249
Niveau d'instruction de la mère														
Aucune instruction	52,3	28,6	16,2	437	17,5	38,5	7,1	0,0	52	91,3	50,8	26,3	14,5	489
Primaire	51,5	28,2	16,0	871	33,5	29,7	7,3	0,0	107	92,7	49,1	26,0	14,2	977
Secondaire	53,7	33,7	20,3	633	51,7	42,7	9,6	2,6	153	90,6	51,6	29,0	16,9	785
Supérieur	*	*	*	14	*	*	*	*	7	*	*	*	*	20
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	48,5	32,1	18,3	493	14,4	23,8	6,6	0,0	44	93,0	46,4	30,0	16,8	537
Second	54,2	25,6	15,0	440	24,7	38,3	15,2	0,0	45	93,1	52,8	24,6	13,6	485
Moyen	47,6	29,8	14,5	392	34,6	21,3	6,7	0,0	58	91,6	44,3	26,8	12,6	450
Quatrième	55,8	32,2	20,2	363	31,9	44,1	4,9	0,6	61	90,2	54,1	28,3	17,4	424
Le plus riche	60,4	33,4	22,4	266	66,7	49,2	11,2	4,2	110	90,2	57,1	26,9	17,0	376
Ensemble	52,6	30,4	17,7	1 954	41,0	38,1	9,1	1,6	318	91,8	50,6	27,4	15,4	2 272

[1] Groupes d'aliments : a). préparation pour bébés, laits autres que le lait maternel, fromages ou yaourts ou autres produits laitiers ; b).préparations à base de céréales, de racines et de tubercules, y compris les bouillies d'avoine et les aliments enrichis pour bébés à base de céréales ; c).les fruits et les légumes riches en vitamine A ; d). autres fruits et légumes ; e). œufs ; f). viande, volaille, poisson et coquillages ; g). légumes et noix ; et h). préparations à base d'huile de graisse, de beurre.
[2] Au moins deux fois par jour pour les enfants allaités de 6-8 mois et, au moins, trois fois par jour pour les enfants allaités de 9-23 mois
[3] Y compris les préparations commerciales pour enfants, le lait d'animal frais, en boîte ou en poudre, ainsi que les fromages, yaourts ou autres produits laitiers
[4] On considère que les enfants de 6-23 mois non allaités sont nourris conformément aux trois pratiques alimentaires appropriées s'ils reçoivent du lait (autre que le lait maternel) ou des produits laitiers et s'ils reçoivent au moins quatre groupe d'aliments, cela au moins quatre fois par jour.
[5] Au moins 3 groupes d'aliments pour les enfants allaités et au moins 4 groupes d'aliments pour les non allaités.
[6] Nourris d'aliments solides ou semi solides, au moins deux fois par jour pour les enfants allaités de 6-8 mois, au moins 3 fois par jour pour les autres enfants allaités et au moins 4 fois par jour pour les enfants non allaités.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

11.3 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE PARMI LES ENFANTS

L'anémie est une affection caractérisée par une réduction du nombre de globules rouges et un affaiblissement de la concentration de l'hémoglobine dans le sang. L'anémie est habituellement la conséquence d'une déficience alimentaire en fer, en vitamine B12 ou en d'autres nutriments. Bien que l'anémie puisse être causée par des parasitoses, des hémorragies, des affections congénitales ou des maladies chroniques, elle est due le plus souvent à une déficience alimentaire, dont à la base, un manque de fer (DeMaeyer, 1989 ; Yip, 1994).

Au cours de l'enquête, on a procédé à un prélèvement de sang pour le test d'hémoglobine auprès des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans ayant accepté volontairement de se soumettre au test. Par ailleurs, tous les enfants de 6-59 mois de ces ménages ont été également testés, à condition que l'un des parents ou un adulte responsable ait autorisé le test. Ce test n'a eu lieu que dans un ménage sur deux de l'échantillon. Le prélèvement a été réalisé de la manière suivante : (a) du sang capillaire a été prélevé au moyen d'une piqûre au doigt faite à l'aide d'une petite lancette rétractable ; (b) on a récupéré ensuite une goutte de sang dans une cuvette miniature que l'on a placé dans un hémoglobinomètre portatif (HemoCue), appareil qui, en moins d'une minute, donne une mesure exacte du niveau (en grammes) d'hémoglobine par décilitre de sang ; et (c) cette valeur a été enfin enregistrée dans le questionnaire et les résultats du test communiqués immédiatement aux personnes enquêtées.

L'anémie chez les enfants de 6-59 mois peut être classée en trois niveaux selon la concentration de l'hémoglobine dans le sang. Cette classification a été développée par des chercheurs de l'OMS (DeMaeyer, 1989). Ainsi, l'anémie est considérée comme sévère si la mesure d'hémoglobine par décilitre de sang est inférieure à 7,0 grammes par décilitre (g/dl), elle est modérée si cette valeur se situe entre 7,0 et 9,9 g/dl et enfin, elle est qualifiée de légère si, chez les enfants, la mesure se situe entre 10,0 et 10,9 g/dl.

Le tableau 11.8 indique qu'en RDC sept enfants de 6-59 mois sur dix (71 %) sont atteints d'anémie : 23 % sous une forme légère, 44 % sous une forme modérée et 4 % sont atteints d'anémie sévère.

Bien que les proportions d'enfants anémiés soient élevées dans chaque sous-groupe, on constate des variations de la prévalence selon les caractéristiques sociodémographiques. Entre 6-17 mois, plus de quatre enfants sur cinq sont anémiés. À partir de 18 mois, la prévalence diminue et à 48-59 mois, 62 % des enfants sont anémiés. La proportion de garçons anémiés est plus élevée que celle des filles (74 % contre 69 %). Selon le milieu de résidence les disparités ne sont pas importantes ; en milieu rural, 73 % des enfants sont anémiés contre 69 % en milieu urbain. C'est dans les provinces du Nord et Sud-Kivu que la prévalence de l'anémie est la plus faible (respectivement 48 % et 60 %). Dans les autres provinces les niveaux d'anémie sont élevés partout, mais c'est dans celle du Kasaï Oriental que la situation est la plus critique, 80 % des enfants y étant anémiés. Par ailleurs, il convient de souligner le niveau particulièrement élevé de la prévalence de l'anémie sous sa forme sévère dans la province Orientale (7 %), dans et dans les provinces du Kasaï Occidental (6 %), du Kasaï Oriental (5 %) et de l'Équateur (5 %).

Enfin, on constate que la prévalence de l'anémie, surtout sous sa forme sévère, varie selon le niveau d'instruction de la mère et selon le niveau socioéconomique du ménage dans lequel vit l'enfant : 6 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont anémiés de façon sévère contre 3 % parmi ceux dont elle a un niveau secondaire ; dans les quintiles, la prévalence de l'anémie sévère est estimée à 6 % dans le quintile le plus pauvre contre 2 % parmi les enfants du quintile le plus riche.

Tableau 11.8 Prévalence de l'anémie chez les enfants

Pourcentage d'enfants de 6-59 mois considérés comme anémiés, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine			Ensemble anémié (<11,0 g/dl)	Effectif d'enfants
	Légère (10,0-10,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (< 7,0 g/dl)		
Âge en mois					
6-8	19,2	57,5	4,7	81,3	189
9-11	29,8	48,8	10,4	89,0	191
12-17	25,1	48,4	7,5	81,1	450
18-23	17,4	51,5	4,2	73,2	337
24-35	19,1	49,2	2,9	71,2	862
36-47	26,6	37,1	4,3	68,0	810
48-59	25,8	34,3	2,2	62,3	816
Sexe					
Masculin	24,4	44,8	4,3	73,5	1 835
Féminin	22,4	42,7	4,1	69,2	1 820
Milieu de résidence					
Urbain	23,9	42,9	2,6	69,4	1 477
Rural	23,1	44,3	5,3	72,7	2 178
Province					
Kinshasa	27,0	40,1	2,2	69,2	348
Bas-Congo	30,4	37,0	3,5	70,9	123
Bandundu	28,9	44,9	2,5	76,2	579
Équateur	19,9	51,0	5,4	76,2	474
Orientale	19,1	46,3	7,4	72,7	440
Nord-Kivu	24,5	22,4	1,5	48,4	165
Sud-Kivu	25,5	31,9	2,4	59,8	181
Maniema	26,5	43,6	3,9	74,0	123
Katanga	22,1	35,1	3,7	60,9	369
Kasaï Oriental	22,2	53,7	4,5	80,4	495
Kasaï Occidental	19,1	46,1	6,3	71,4	360
Niveau d'instruction de la mère[1]					
Aucune instruction	20,4	44,3	5,6	70,2	755
Primaire	24,0	46,6	5,0	75,6	1 473
Secondaire	24,4	39,5	2,8	66,7	1 101
Supérieur	*	*	*	*	16
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	20,4	45,0	6,0	71,4	818
Second	26,5	46,4	5,5	78,4	692
Moyen	21,7	47,7	3,4	72,8	810
Quatrième	24,2	39,2	3,9	67,4	774
Le plus riche	25,5	39,1	1,5	66,1	563
Ensemble	23,4	43,7	4,2	71,4	3 656

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. La prévalence de l'anémie, basée sur le niveau d'hémoglobine, est ajustée en fonction de l'altitude en utilisant la formule du CDC, 1998. Hémoglobine en grammes par décilitre (g/dl).

[1] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

* Basé sur trop peu de cas non pondérés

11.4 CONSOMMATION DE MICRONUTRIMENTS PAR LES ENFANTS

La carence en vitamine A, ou l'avitaminose A, affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ainsi les risques de décéder des maladies de l'enfance. L'avitaminose A peut également affecter la vue et causer la cécité crépusculaire chez les enfants et affecter aussi la santé des mères enceintes ou de celles qui allaitent. Toutefois, elle peut être évitée par des compléments de vitamine A et l'enrichissement des aliments. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays qui ont une mortalité infanto-juvénile supérieure à 70 ‰ et dans lesquels la carence en vitamine A est un problème de santé publique, on mette en place un programme de supplémentation en vitamine A.

En RDC, la carence sévère en vitamine A est fréquente. L'enquête de 1988 a montré que 61 % des enfants de 6 à 36 mois présentaient une carence en vitamine A. Pour lutter contre cette carence, le pays a adopté comme stratégie de lutte, la supplémentation des groupes vulnérables, spécialement les enfants de 6 à 59 mois et les femmes qui allaitent dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement. Profitant des journées nationales de vaccination, les enfants de 6 à 59 mois ont reçu une dose de vitamine A depuis 1998 jusqu'à 2002. À partir de cette année, la RDC organise deux fois par an des campagnes de masse de supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois, et depuis l'année 2005, ces campagnes sont couplées au déparasitage au mébendazole, un vermifuge pour lutter contre les vers intestinaux et l'anémie. À côté de cette stratégie d'urgence, l'autre stratégie consiste à promouvoir la production et la consommation d'aliments riches en vitamine A.

Les résultats présentés au tableau 11.9 montrent que, parmi les plus jeunes enfants de 6-35 mois vivant avec leur mère, 66 % avaient consommé des aliments riches en vitamine A au cours des 24 heures qui avaient précédé l'enquête.

On constate des variations entre les proportions d'enfants ayant consommé des aliments riches en vitamine A en fonction des caractéristiques sociodémographiques des enfants. En effet, la consommation d'aliments riches en vitamine A augmente avec l'âge de l'enfant passant, respectivement de 52 % à 6-8 mois à 72 % à 24-35 mois. Les résultats selon le sexe ne font pas apparaître d'écart important. Par contre, on note que les enfants allaités ont reçu moins fréquemment que ceux qui ne sont pas allaités des aliments riches en micronutriments, 63 % pour les enfants allaités et 72 % pour les enfants non allaités. Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère ne font pas apparaître d'écarts. Par ailleurs, on note que cette proportion d'enfants qui ont consommé ce type d'aliments est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (69 % contre 61 %). Dans les provinces, les résultats montrent que c'est dans la province de Bandundu que les enfants ont le plus fréquemment consommé des aliments riches en vitamine A (76 %). C'est, par contre, dans la province du Nord-Kivu que cette proportion est la plus faible (55 %). Enfin, on note que la consommation diminue légèrement avec l'amélioration du niveau socioéconomique du ménage : 70 % des enfants du second quintile ont consommé des aliments riches en vitamine A contre 57 % dans le dernier quintile.

11.9 Consommation de micronutriments

Pourcentage d'enfants les plus jeunes de 6-35 mois vivant avec leur mère qui ont reçu des aliments riches en vitamine A durant le jour ou la nuit ayant précédé l'enquête ; pourcentage d'enfants de 6-59 mois à qui on a donné des compléments de vitamine A et des vermifuges au cours des six mois ayant précédé l'enquête et, parmi les enfants de 6-59 mois vivant dans un ménage dont le sel a été testé, pourcentage vivant dans un ménage avec du sel adéquatement iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Parmi les enfants les plus jeunes de 6-35 mois		Parmi tous les enfants de 6-59 mois			Parmi les enfants de 6-59 mois vivant dans un ménage dont le sel a été testé	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant consommé des aliments riches en vitamine A au cours des dernières 24 heures[1]	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant reçu des suppléments de vitamine A au cours des 6 derniers mois	Pourcentage ayant reçu des vermifuges au cours des 6 derniers mois[2]	Effectif d'enfants	Pourcentage vivant dans un ménage avec du sel adéquatement iodé[3]	Effectif d'enfants
Âge en mois							
6-8	52,1	421	27,5	3,8	427	85,9	360
9-11	55,8	379	37,1	7,1	393	76,7	320
12-17	64,7	877	38,9	4,9	909	76,3	776
18-23	70,2	596	53,3	4,5	676	79,4	585
24-35	72,3	1 068	60,6	3,5	1 664	76,0	1 421
36-47	na	na	61,9	3,3	1 513	78,7	1 274
48-59	na	na	62,9	1,8	1 493	79,9	1 273
Sexe							
Masculin	64,8	1 711	54,9	4,0	3 445	78,8	2 918
Féminin	66,3	1 630	54,3	3,2	3 630	78,1	3 091
Allaitement							
Allaités	63,0	2 265	39,8	4,8	2 400	77,9	2 041
Non allaités	71,5	1 043	63,3	3,0	4 480	78,9	3 806
Manquant	(49,7)	32	35,2	2,1	195	75,2	162
Milieu de résidence							
Urbain	60,5	1 315	66,0	4,3	2 824	81,2	2 363
Rural	68,8	2 025	47,0	3,1	4 251	76,6	3 646
Province							
Kinshasa	59,1	349	83,5	4,3	740	92,2	633
Bas-Congo	66,2	138	84,5	1,8	278	92,8	253
Bandundu	75,9	540	59,9	0,9	1 106	90,3	923
Équateur	68,0	396	52,3	5,6	885	79,0	684
Orientale	62,8	405	41,4	4,6	829	90,7	725
Nord-Kivu	55,3	132	54,6	2,3	290	98,7	274
Sud-Kivu	58,0	148	57,5	2,5	337	49,5	278
Maniema	60,3	114	34,6	6,0	229	79,1	211
Katanga	59,0	325	40,1	1,5	681	79,4	596
Kasaï Oriental	69,3	433	50,4	3,8	945	44,8	767
Kasaï Occidental	66,0	361	47,5	5,8	755	70,8	665
Niveau d'instruction de la mère							
Aucune instruction	66,7	760	43,7	2,6	1 579	81,4	1 305
Primaire	64,9	1 425	49,7	4,0	2 955	78,0	2 543
Secondaire	65,5	1 125	66,5	3,7	2 474	76,9	2 097
Supérieur	(66,5)	30	85,1	4,6	67	86,8	64
Âge de la mère à la naissance							
15-19	58,0	489	49,4	3,8	1 141	75,5	942
20-29	67,0	1 678	55,0	3,7	3 563	79,8	3 018
30-39	67,7	969	56,4	3,5	2 005	76,8	1 735
40-49	61,2	205	56,5	2,0	365	82,8	315
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	68,0	761	44,4	3,0	1 468	79,3	1 196
Second	70,2	694	41,8	3,3	1 519	82,1	1 314
Moyen	68,6	691	57,7	3,9	1 477	80,8	1 272
Quatrième	61,5	664	60,1	3,8	1 435	69,2	1 191
Le plus riche	57,0	529	73,0	4,0	1 176	80,5	1 036
Ensemble	65,5	3 340	54,6	3,6	7 075	78,4	6 009

Note : Les informations sur les suppléments de vitamine A et de fer ainsi que sur les vermifuges sont basées sur les déclarations de la mère.
[1] Y compris la viande, le poisson, la volaille, les œufs, les coquillages, les citrouilles, les ignames et courges rouges ou jaunes, les carottes, les patates douces rouges, les légumes à feuilles vert, les mangues et les papayes
[2] Les vermifuges pour les parasites intestinaux sont couramment donnés pour traiter les helminthes et les schistosomiases.
[3] Sel contenant 15 ppm d'iode ou plus par million. Sont exclus les enfants vivant dans un ménage dont le sel n'a pas été testé.
na = Non applicable

Parmi tous les enfants de 6-59 mois, 55 % avaient reçu au cours des six mois ayant précédé l'enquête des suppléments de vitamine A. Les résultats selon l'âge montrent que les proportions d'enfants supplémentés en vitamine A augmentent avec l'âge passant, respectivement de 28 % à 6-8 mois à 63 % à 48-59 mois. Les proportions d'enfants qui ont reçu des suppléments de vitamine A varient surtout selon le milieu et la province de résidence, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être du ménage dans lequel vit l'enfant. Les enfants du milieu urbain sont proportionnellement plus nombreux à en avoir reçu (66 %) que ceux du milieu rural (47 %). En fonction des provinces, les résultats montrent qu'à l'exception de ceux des provinces du Maniema (35 %), Kasaï Oriental (50 %) et du Kasaï Occidental (48 %), plus d'un enfant sur deux dans chaque province a reçu des compléments de vitamine A. Dans la ville province de Kinshasa et dans la province du Bas-Congo, plus de 80 % des enfants ont bénéficié de ce type de supplément nutritionnel. Les proportions d'enfants à qui on a administré des compléments de vitamine A augmentent avec le niveau d'instruction de la mère et le niveau socioéconomique du ménage. Parmi les enfants de 6-59 mois dont la mère a un niveau d'instruction secondaire, 67 % ont reçu des compléments de vitamine A contre seulement 44 % quand la mère n'a pas d'instruction. Dans les quintiles, la proportion passe d'un minimum de 44 % dans le quintile le plus pauvre à 73 % dans le quintile le plus riche. Il faut aussi souligner que les enfants non allaités ont été proportionnellement plus nombreux que ceux qui sont allaités à avoir reçu des suppléments de vitamine A au cours des six derniers mois (63 % contre 40 %).

En ce qui concerne le pourcentage des enfants ayant reçu des vermifuges au cours des 6 deniers mois, le tableau 11.9 montre que seulement 4 % des enfants avaient été déparasités grâce aux vermifuges. Les proportions d'enfants ayant reçu des vermifuges varient de manière irrégulière selon les variables sociodémographiques ; c'est cependant à 9-11 mois que cette proportion est la plus élevée (7 %).

Le tableau 11.9 présente aussi la proportion d'enfants de 6-59 mois qui vivent dans un ménage dont le sel est adéquatement iodé. Dans l'ensemble, 78 % des enfants de 6-59 mois vivent dans un ménage qui dispose de sel adéquatement iodé. Cette proportion est particulièrement faible dans la province du Kasaï Oriental (45 %), et dans la province du Sud-Kivu (50 %).

11.5 Consommation du Sel Iodé dans les Ménages

Il est reconnu que la faible consommation en iode peut entraîner des troubles souvent graves et parfois irréversibles chez les populations vulnérables. Ceux-ci peuvent accroître les risques d'avortements spontanés, de mortalité périnatale et infantile, d'accouchements prématurés, d'anomalies congénitales, de retard de croissance, de difficultés d'apprentissage, de crétinisme et de goitre (ce dernier étant le signe le plus visible). L'apport alimentaire insuffisant en iode est généralement dû à la pauvreté en iode du sol où les aliments ont été produits. En RDC, pour lutter contre les troubles dus à la carence en iode, l'utilisation du sel iodé a été rendu obligatoire dès 1993.

Lors de l'EDS-RDC, les enquêteurs ont demandé, dans chaque ménage, un peu de sel utilisé pour la cuisine. Ce sel a été testé au moyen d'un *kit* qui permet de déterminer sa teneur en iode. Ce test a permis de savoir si le sel n'était pas du tout iodé ou s'il était iodé à plus ou moins de 15 parts par million (ppm). Le sel qui contient au moins 15 ppm d'iode est considéré comme suffisamment iodé. Les résultats, présentés au tableau 11.10, montrent que le sel a été testé dans 83 % des ménages, et que 17 % des ménages ne disposaient pas de sel lors du passage des équipes d'enquête.

Tableau 11.10 Sel iodé dans le ménage

Parmi tous les ménages, pourcentage dont le sel a été testé pour la présence d'iode et pourcentage ne disposant pas de sel; parmi les ménages dont le sel a été testé, répartition (en %) des ménages par niveau d'iode dans le sel (parts par million ou ppm) selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les ménages, pourcentage: Dont le sel a été testé	Sans sel	Effectif de ménages	Parmi les ménages dont le sel a été testé, répartition en % selon la teneur en iode du sel: Non iodé (0 ppm)	Teneur en iode inadéquate (<15 ppm)	Teneur en iode adéquate (15+ ppm)	Total	Effectif de ménages
Milieu de résidence								
Urbain	81,5	18,5	3 548	5,3	11,9	82,8	100,0	2 892
Rural	83,7	16,3	5 338	9,0	14,6	76,4	100,0	4 468
Province								
Kinshasa	85,6	14,4	1 023	1,3	5,1	93,6	100,0	876
Bas-Congo	87,2	12,8	431	2,7	4,6	92,6	100,0	376
Bandundu	81,4	18,6	1 248	5,0	8,1	86,9	100,0	1 016
Équateur	75,2	24,8	1 115	6,0	18,4	75,7	100,0	839
Orientale	86,3	13,7	1 153	2,9	8,0	89,1	100,0	996
Nord-Kivu	93,7	6,3	355	0,1	3,4	96,5	100,0	333
Sud-Kivu	77,8	22,2	379	18,1	32,5	49,4	100,0	295
Maniema	84,9	15,1	268	6,3	14,5	79,2	100,0	227
Katanga	84,3	15,7	1 009	6,5	14,6	78,9	100,0	850
Kasaï Oriental	79,0	21,0	1 023	28,4	26,4	45,2	100,0	808
Kasaï Occidental	84,4	15,6	882	6,9	19,1	74,1	100,0	744
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	78,7	21,3	1 862	8,0	15,0	77,0	100,0	1 465
Second	84,0	16,0	1 880	6,2	11,2	82,5	100,0	1 580
Moyen	83,6	16,4	1 961	7,7	14,0	78,3	100,0	1 640
Quatrième	81,6	18,4	1 652	10,6	17,0	72,3	100,0	1 349
Le plus riche	86,6	13,4	1 531	5,3	10,6	84,1	100,0	1 326
Ensemble	82,8	17,2	8 886	7,5	13,6	78,9	100,0	7 360

Parmi les ménages dont le sel a été testé, environ quatre ménages sur cinq (79 %) utilisaient du sel adéquatement iodé et 14 % utilisaient du sel dont la teneur en iode était inadéquate. À l'opposé, dans 8 % des cas, le sel n'était pas iodé. Le pourcentage de ménages disposant de sel adéquatement iodé est particulièrement faible dans la province du Kasaï Oriental (45 %) et dans la province du Sud-Kivu. (49 %). À l'opposé, dans la ville de Kinshasa, dans les provinces du Nord-Kivu et du Bas-Congo, plus de 90 % des ménages utilisent du sel adéquatement iodé. L'utilisation du sel iodé par les ménages est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (83 % contre 76 %). Les résultats en fonction des quintiles de bien-être font apparaitre des variations en dents de scie.

La comparaison des résultats de l'enquête avec ceux de l'enquête MICS2 réalisée en 2001 montre que la proportion de ménages utilisant du sel adéquatement iodé a légèrement augmenté passant de 72 % en 2001 à 79 % en 2007. Ces résultats démontrent la qualité du suivi de la stratégie adopté par la RDC et reflètent par conséquent la prise de conscience de ce problème dans le pays.

11.6 ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

L'état nutritionnel des femmes de 15-49 ans est un des déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement des grossesses ainsi que de leur issue. Il influe aussi sur la morbidité et la mortalité des jeunes enfants. L'état nutritionnel des mères est conditionné à la fois, par la balance énergétique, leur état de santé et le temps écoulé depuis la dernière naissance. Il existe donc une relation étroite entre les niveaux de fécondité et de morbidité, et l'état nutritionnel des mères. Pour ces raisons, l'évaluation de l'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est particulièrement utile puisqu'elle permet d'identifier les groupes à hauts risques. Bien que la taille puisse varier dans les populations à cause de facteurs génétiques, elle est néanmoins un indicateur indirect du statut socioéconomique de la mère dans la mesure

où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique durant l'enfance. En outre, d'un point de vue anatomique, la taille des mères étant associée à la largeur du bassin, les femmes de petite taille sont plus susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement que les autres. Elles sont aussi plus susceptibles que les autres de concevoir des enfants de faible poids. Bien que la taille critique en deçà de laquelle une femme peut être considérée à risque varie selon les populations, on admet généralement que cette taille se situe entre 140 et 150 centimètres. Au cours de l'enquête, les femmes de 15-49 ans ont été pesées et mesurées. Ces mesures du poids et de la taille ont permis de déterminer l'Indice de Masse Corporelle (IMC) ou indice de Quételet. L'IMC est calculé en divisant le poids (en kilos) par le carré de la taille en mètres (kg/m^2). Pour indiquer une déficience énergétique chronique, on utilise généralement comme seuil la valeur 18,5. À l'opposé, pour indiquer un surpoids, le seuil retenu est de 25,0 ou plus. Précisons que les femmes enceintes et celles qui ont eu une naissance dans les deux mois qui ont précédé l'enquête sont exclues du calcul de l'indice. Les résultats sont présentés au tableau 11.11.

On constate qu'environ 4 % des femmes de 15-49 ans ont une taille inférieure à 145 centimètres, considérée ici comme seuil critique. Cependant dans certains sous-groupes, cette proportion est plus élevée : on relève en effet, que dans la province du Sud-Kivu cette proportion est extrêmement élevée, 18 % des femmes ont une taille inférieure à 145 cm ; parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (7 %), celles vivant en milieu rural (6 %), et celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre, cette proportion est de 7 %.

Le tableau présente aussi l'IMC moyen des femmes, estimé à 21,3. On note que sept femmes sur dix (70 %) ont un IMC normal, compris entre 18,5 et 24,9. Par contre, 19 % des femmes, soit près d'une femme sur cinq, ont un IMC inférieur à 18,5, ce qui dénote un état de déficience énergétique chronique : 13 % présentent une maigreur légère et 6 % une maigreur modérée ou sévère. La proportion de femmes qui se situent en deçà du seuil critique de 18,5 varie de façon importante selon les caractéristiques sociodémographiques. C'est parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) que le niveau de la déficience énergétique chronique est le plus élevé (25 %). De même, en milieu rural, la proportion des femmes souffrant de malnutrition est plus élevée qu'en urbain (21 % contre 16 %). Dans les provinces, on note des écarts importants, la situation la plus critique étant celle de la province du Bandundu avec 31 %. Le niveau d'instruction semble également influencer la prévalence de la malnutrition des femmes, celle-ci variant d'un minimum de 13 % parmi celles qui ont un niveau d'instruction supérieur à un maximum de 20 % parmi celles ayant un niveau primaire. Dans les quintiles, on constate, du plus pauvre au plus riche, une diminution de la proportion de femmes trop maigres (23 % contre 15 %).

Tableau 11.11 État nutritionnel des femmes

Parmi les femmes de 15-49 ans, pourcentage dont la taille est inférieure à 145 cm, Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen et pourcentages ayant des niveaux particuliers d'IMC selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Taille			Indice de Masse Corporelle[1]							
				Normal	Maigre			Surpoids/obèse			
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage en dessous de 145 cm	Effectif de femmes	Indice de Masse Corporelle moyen	18,5-24,9 (Total normal)	<18,5 (Total maigre)	17,0-18,4 (Maigreur légère)	<17,0 (Maigreur modérée et sévère)	≥ 25,0 (Total en surpoids ou obèse)	25,0-29,9 (Surpoids)	≥ 30,0 (Obèse)	Effectif de femmes
Groupe d'âges											
15-19	6,5	940	20,6	68,3	25,4	17,4	8,0	6,2	5,3	1,0	862
20-29	4,4	1 845	21,1	73,4	17,1	12,4	4,7	9,5	8,0	1,4	1 486
30-39	2,3	1 155	21,8	69,8	15,6	10,8	4,8	14,6	11,5	3,0	962
40-49	2,7	811	21,7	67,0	16,8	11,3	5,4	16,2	11,2	5,0	787
Milieu de résidence											
Urbain	1,4	2 141	22,0	66,5	15,9	12,5	3,4	17,6	13,6	3,9	1 877
Rural	6,1	2 610	20,7	73,4	20,6	13,2	7,4	6,0	4,8	1,1	2 220
Province											
Kinshasa	1,0	705	22,1	61,9	19,1	15,5	3,6	19,0	14,0	5,0	652
Bas-Congo	2,8	186	21,0	76,1	16,9	12,0	4,9	7,1	6,7	0,4	168
Bandundu	4,4	786	19,7	68,0	30,7	18,3	12,4	1,2	1,2	0,0	688
Équateur	2,1	587	21,1	73,0	19,7	13,0	6,6	7,3	4,9	2,4	503
Orientale	5,2	519	21,1	71,0	17,3	12,1	5,2	11,7	10,6	1,1	444
Nord-Kivu	9,4	166	22,6	75,6	8,1	4,4	3,7	16,3	11,6	4,7	147
Sud-Kivu	18,2	202	21,5	83,5	9,2	6,5	2,7	7,3	5,2	2,1	172
Maniema	3,7	150	21,8	80,4	9,3	7,5	1,8	10,4	7,9	2,5	127
Katanga	4,7	510	22,1	69,1	13,1	10,2	2,8	17,9	14,9	3,0	429
Kasaï Oriental	0,8	515	21,6	68,5	16,6	14,4	2,2	14,9	12,7	2,2	414
Kasaï Occidental	4,6	424	21,5	73,7	14,8	9,0	5,7	11,5	8,1	3,5	354
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	7,1	1 052	20,8	72,9	19,3	11,6	7,7	7,8	6,7	1,1	903
Primaire	4,4	1 873	20,9	71,3	20,0	14,1	5,9	8,7	7,1	1,7	1 585
Secondaire	1,9	1 722	21,9	68,0	16,7	12,5	4,1	15,3	11,6	3,8	1 513
Supérieur	1,1	104	22,7	63,8	13,4	10,8	2,6	22,7	17,2	5,6	96
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	6,7	887	20,5	71,3	22,7	13,1	9,6	6,1	5,2	0,9	756
Second	3,4	918	20,6	74,4	19,9	12,8	7,1	5,7	4,7	1,0	777
Moyen	4,4	1 010	20,9	72,7	20,5	15,1	5,4	6,8	5,7	1,1	860
Quatrième	4,6	892	21,5	72,6	14,8	11,6	3,2	12,6	10,4	2,2	746
Le plus riche	1,4	1 044	22,6	62,1	15,0	11,9	3,1	22,9	16,8	6,0	958
Ensemble	4,0	4 751	21,3	70,3	18,5	12,9	5,6	11,3	8,9	2,4	4 097

Note : L'Indice de masse Corporelle (IMC) est calculé en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille en mètres (kg/m^2).
[1] Sont exclues les femmes enceintes et les femmes ayant eu une naissance dans les deux mois précédents.

À l'opposé, on note qu'une femme sur dix (11 %) a un IMC élevé, supérieur ou égal à 25 et présentent donc une surcharge pondérale : 2 % entrent dans la catégorie des obèses (IMC de 30 ou plus). La proportion de femmes présentant une surcharge pondérale augmente avec l'âge, passant de 6 % à 15-19 ans à 16 % à 40-49 ans, âge auquel 5 % des femmes sont obèses. C'est en milieu urbain (18 %), en particulier à Kinshasa (19 %), parmi les plus instruites, c'est-à-dire celles ayant un niveau supérieur (23 %) et parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus riche (23 %), que cette proportion de femmes présentant une surcharge pondérale est la plus élevée.

La comparaison des résultats de l'enquête avec ceux de l'enquête MICS2 réalisée en 2001 montre que la proportion de femmes avec IMC inférieur à 18,5 a légèrement augmenté passant de 17 % en 2001 à 19 % en 2007, tandis la proportion de femmes avec surcharge pondérale, IMC supérieur à 25, est passée de 10 % à 11 %.

11.7 PRÉVALENCE DE L'ANÉMIE CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES

Le tableau 11.12.1 présente les résultats des tests d'anémie pour les femmes. Plus de la moitié des femmes sont anémiées (53 %) : 35 % souffrent d'anémie sous sa forme légère, 16 % sous une forme modérée et 1 % sous une forme sévère. Les résultats selon les différentes caractéristiques sociodémographiques font apparaître certains écarts importants. Les femmes enceintes se caractérisent par une prévalence plus élevée que les autres catégories de femmes, soit 60 % pour les femmes enceintes contre 52 % pour les femmes qui allaitent et celles qui ne sont pas enceintes et qui n'allaitent pas.

La prévalence de l'anémie varie en fonction de l'âge de la femme. Dans le groupe de 15-19 ans, 48 % des femmes sont anémiées contre 57 % dans le groupe d'âge 40-49 ans. Selon le nombre d'enfants, on note que les variations sont irrégulières : d'un minimum de 49 % quand la femme n'a pas d'enfant, la prévalence augmente pour atteindre 56 % des femmes ayant un enfant. Ce niveau diminue ensuite (52 % parmi celles ayant 2-3 enfants) puis augmente de nouveau pour concerner 56 % des femmes ayant 4-5 enfants. Par ailleurs, il semble que les femmes qui fument du tabac ou des cigarettes courent des risques plus importants d'être anémiées que les autres (prévalence de 69 % parmi celles qui fument contre 52 % parmi celles qui ne fument pas). On constate un écart de prévalence entre la ville de Kinshasa et le reste du pays, 63 % des femmes étant anémiés à Kinshasa. On distingue deux groupes de provinces : celui où la prévalence de l'anémie est supérieure à celle estimée au niveau national (au moins 53 %) qui comprend les provinces du Bas-Congo (56 %), de l'Équateur (57 %), du Maniema (51 %), du Kasaï Oriental (50 %) et un autre groupe où la prévalence est plus faible (entre 48 % et 34 %). C'est dans les deux provinces de l'Est à savoir le Nord et le Sud-Kivu que la prévalence de l'anémie est la plus faible, soit respectivement 34 % et 39 %. En outre, le niveau d'instruction et le niveau de bien-être du ménage ne semblent pas influencer de manière importante la prévalence de l'anémie. Néanmoins, il existe un écart entre la prévalence de l'anémie dans le quatrième quintile (46 %) et le quintile le plus riche (55 %).

Le tableau 11.12.2 présente les résultats du test de l'anémie pour les hommes de 15-49 ans. Dans l'ensemble, un homme sur cinq est anémié (20 %). Ce taux est identique si on considère la tranche d'âges de 15-59 ans. Dans 15 % des cas, les hommes présentent une anémie légère ; 4 % souffrent d'anémie modérée et 1 % en sont atteints sous la forme sévère. Les résultats selon l'âge montrent une prévalence de l'anémie plus élevée dans le groupe d'âge de 15-19 ans (27 %) que dans les autres. On constate en outre que cette prévalence varie selon le milieu de résidence : en milieu rural, la prévalence de l'anémie est plus élevée qu'en milieu urbain (23 % contre 15 %). Dans les provinces, on note des écarts importants. Les prévalences dépassent 20 % dans les provinces du Bandundu (26 %), dans la province Orientale (23 %), dans la province de l'Équateur (22 %) et au Kasaï Occidental (21 %). La prévalence est par contre plus faible dans la province du Sud-Kivu (13 %). Selon le niveau d'instruction, on note que les proportions évoluent de manière irrégulière, c'est cependant parmi les plus instruits c'est-à-dire, ceux ayant un niveau superieur, que la prévalence est la plus faible (13 %). Enfin, les résultats en fonction des quintiles de bien-être économique montrent que, globalement, la prévalence diminue avec l'amélioration du niveau de bien-être du ménage, 24 % des hommes étant anémiés dans le quintile le plus pauvre contre 14 % dans le plus riche.

Tableau 11.12.1 Prévalence de l'anémie chez les femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans anémiées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique		Anémie selon le niveau d'hémoglobine			Ensemble anémié	Effectif de femmes
		Anémie légère	Anémie modérée	Anémie sévère		
	Pas enceinte	10,0-11,9 g/dl	7,0-9,9 g/dl	<7,0 g/dl	<12,0 g/dl	
	Enceinte	10,0-10,9 g/dl	7,0-9,9 g/dl	<7,0 g/dl	<11,0 g/dl	
Groupe d'âges						
15-19		31,7	16,4	0,4	48,4	938
20-29		33,6	16,7	1,5	51,7	1 818
30-39		38,4	15,9	1,0	55,3	1 131
40-49		39,5	16,4	1,3	57,2	802
Nombre d'enfants déjà nés						
0		33,4	14,3	0,9	48,7	1 284
1		34,2	20,8	0,7	55,8	630
2-3		35,4	15,4	1,5	52,2	1 026
4-5		39,0	15,6	1,2	55,8	730
6+		35,9	17,7	1,1	54,8	1 020
État de la femme						
Enceinte		24,6	32,7	2,7	60,0	524
Allaite au sein		36,5	14,9	0,7	52,1	1 511
Ni l'un, ni l'autre		36,9	14,0	1,0	51,9	2 655
Consumation de tabac/cigarettes						
Fume des cigarettes/tabac		44,7	19,5	4,4	68,6	135
Ne fume pas		35,1	16,3	1,0	52,4	4 554
Milieu de résidence						
Urbain		36,7	14,1	1,0	51,9	2 093
Rural		34,3	18,2	1,2	53,7	2 597
Province						
Kinshasa		43,6	17,9	1,4	62,9	664
Bas-Congo		40,3	14,6	0,7	55,6	178
Bandundu		42,6	20,9	0,5	64,1	781
Équateur		34,5	20,6	1,6	56,8	588
Orientale		29,7	18,2	1,3	49,2	510
Nord-Kivu		26,9	6,9	0,5	34,3	169
Sud-Kivu		23,9	10,7	4,3	39,0	200
Maniema		34,2	16,1	0,6	51,0	150
Katanga		30,7	8,9	0,5	40,1	500
Kasaï Oriental		32,3	16,4	0,9	49,6	526
Kasaï Occidental		33,7	13,5	0,8	48,0	424
Niveau d'instruction						
Aucune instruction		37,2	15,4	1,1	53,7	1 042
Primaire		32,8	19,1	0,9	52,8	1 854
Secondaire		36,7	14,0	1,3	52,1	1 695
Supérieur		42,2	16,0	1,1	59,3	98
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre		33,9	17,3	1,1	52,2	870
Second		35,7	18,7	1,6	56,0	908
Moyen		35,7	18,6	0,5	54,8	1 010
Quatrième		33,1	11,2	1,5	45,8	890
Le plus riche		38,1	15,7	1,0	54,8	1 012
Ensemble		35,4	16,4	1,1	52,9	4 690

Note : La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude et en fonction du fait que la femme fume ou non en utilisant la formule du CDC, 1998.

Tableau 11.12.2 Prévalence de l'anémie chez les hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans anémiés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Anémie selon le niveau d'hémoglobine: Légère (10,0-11,9 g/dl)	Modérée (7,0-9,9 g/dl)	Sévère (< 7,0 g/dl)	Ensemble anémié (<12,0 g/dl)	Effectif d'hommes
Groupe d'âges					
15-19	21,8	4,3	0,6	26,7	901
20-29	12,5	2,9	0,6	16,0	1 372
30-39	12,1	4,1	0,3	16,6	959
40-49	16,5	4,2	0,3	21,0	703
Milieu de résidence					
Urbain	12,8	2,4	0,1	15,3	1 647
Rural	17,0	4,7	0,7	22,5	2 288
Province					
Kinshasa	13,0	1,7	0,2	14,8	490
Bas-Congo	13,0	3,1	0,0	16,2	149
Bandundu	19,6	5,9	0,2	25,7	650
Équateur	17,5	3,6	0,5	21,6	543
Orientale	15,2	5,2	2,1	22,5	465
Nord-Kivu	7,5	8,0	0,0	15,4	118
Sud-Kivu	10,0	1,4	1,1	12,5	154
Maniema	11,3	5,2	0,2	16,7	121
Katanga	13,4	1,6	0,3	15,2	449
Kasaï Oriental	13,1	4,6	0,3	18,0	448
Kasaï Occidental	19,2	2,1	0,0	21,3	347
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	17,6	2,4	0,0	19,9	221
Primaire	16,6	5,5	0,8	22,9	1 177
Secondaire	14,7	3,3	0,4	18,4	2 311
Supérieur	11,4	1,0	0,4	12,7	226
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	17,1	6,4	0,2	23,6	721
Second	17,6	5,1	1,1	23,8	737
Moyen	14,8	3,7	0,8	19,3	953
Quatrième	15,7	1,8	0,1	17,6	742
Le plus riche	11,4	1,9	0,3	13,6	782
Ensemble 15-49	15,2	3,8	0,5	19,5	3 934
Hommes 50-59	16,0	4,6	2,3	22,9	418
Ensemble 15-59	15,3	3,8	0,7	19,8	4 352

Note : La prévalence est ajustée en fonction de l'altitude.

11.8 CONSOMMATION DES MICRONUTRIMENTS PAR LES MÈRES

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes qui avaient un enfant de moins de 3 ans qui vivait avec elle si, au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête, elles avaient consommé des aliments riches en vitamine A. En outre, on leur a demandé si elles avaient reçu une capsule de vitamine A dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement et pendant combien de temps elles avaient pris des comprimés de fer-folate lors de la dernière grossesse. Les résultats sont présentés au tableau 11.13.

Dans 22 % des cas, les femmes avaient consommé des aliments riches en vitamine A. On note des variations de cette proportion en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Les résultats selon l'âge montrent que ce sont les plus jeunes et les plus âgées qui ont le plus fréquemment consommé ces aliments, (28 % pour les femmes de 15-19 ans et 33 % pour celles de 40-49 ans). Dans les provinces, il faut souligner que c'est dans la province du Sud-Kivu que la proportion de femmes ayant consommé des aliments riches en vitamine A est la plus faible (10 %). Il n y a pas de différences entre les milieux de résidence. Par ailleurs, la consommation d'aliments riches en vitamine A est plus fréquente chez les

mères ayant un niveau secondaire ou supérieur (respectivement 24 % et 29 %) que parmi les autres. Par ailleurs, les variations selon les quintiles de bien-être économique sont irrégulières.

En outre, les résultats montrent que 29 % des femmes ont reçu une dose de vitamine A au cours des deux mois qui ont suivi l'accouchement. En 2001, à l'enquête MICS2, cette proportion était de 20 % dans les 8 semaines après l'accouchement. Les écarts entre milieux de résidence sont importants : en milieu rural l'administration de vitamine A post-partum est moins fréquente qu'en milieu urbain (23 % contre 38 %). Dans les provinces, on note des variations importantes : dans les provinces de Kinshasa et du Bas-Congo, respectivement 54 % et 46 % des femmes ont reçu une dose de vitamine A post-partum. Par contre, au Maniema (18 %) et dans la province Orientale (19 %), ces proportions sont les plus faibles. Enfin, il faut souligner que les proportions de femmes qui ont reçu de la vitamine A augmentent avec le niveau d'instruction et le niveau économique du ménage.

Par ailleurs, aux femmes qui avaient un enfant né au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, on a demandé si elles avaient souffert de cécité crépusculaire au cours de leur dernière grossesse. Le tableau 11.13 indique qu'une femme sur huit (14 %) ayant eu un enfant au cours des cinq dernières années a déclaré que pendant sa dernière grossesse, elle avait eu des difficultés pour voir à la tombée de la nuit. Cependant, une proportion importante de femmes a déclaré avoir eu également des difficultés pour voir pendant la journée : ces femmes ont donc, probablement, des problèmes de vue, mais pas nécessairement des problèmes de cécité crépusculaire. C'est pourquoi une prévalence « ajustée » de la cécité crépusculaire a été calculée en éliminant de la cécité crépusculaire « déclarée » les femmes ayant également rapporté avoir des problèmes de vue pendant la journée. La prévalence de la cécité crépusculaire ainsi « ajustée » passe à 4 %. On note cependant que dans certains sous-groupes de femmes, la prévalence de la cécité est plus élevée : il s'agit des femmes des provinces du Kasaï Occidental (7 %) et de la province de l'Équateur (7 %).

Le tableau 11.13 fournit également les proportions de femmes ayant pris des comprimés de fer au cours de la grossesse. Dans l'ensemble, plus de la moitié des femmes (52 %) n'ont pas pris de fer pendant la grossesse. Parmi celles qui en ont pris, 38 % l'ont fait pendant une durée inférieure à 60 jours, 1 % pendant une durée comprise entre deux et trois mois et 2 % pendant trois mois ou plus. La prise de comprimés de fer présente des disparités selon le milieu de résidence : la proportion de femmes qui ont déclaré avoir consommé du fer pendant trois mois ou plus est de 3 % en milieu urbain contre 0,6 % en milieu rural. On constate des variations importantes selon les provinces ; la proportion de femmes ayant pris du fer-folate pendant trois mois ou plus variant d'un minimum de moins de 1 % dans les provinces du Bandundu et du Kasaï Oriental à un maximum de 8 % dans la ville province de Kinshasa.

Par rapport au niveau d'instruction, on note que c'est parmi les femmes les plus instruites que la proportion de celles qui ont pris du fer pendant trois mois ou plus est la plus élevée (10 % contre 1 % parmi celles sans instruction). La prise de comprimés de fer au cours de la grossesse semble être influencée par le niveau du bien être économique du ménage puisque des ménages les plus pauvres aux plus riches, la proportion de femmes ayant bénéficié de suppléments de fer au cours de la grossesse pendant trois mois ou plus augmente, passant de 1 % à 5 %.

Par ailleurs, comme pour les enfants, 79 % des femmes vivent dans un ménage disposant de sel correctement iodé. C'est dans la province du Kasaï Oriental que cette proportion est la plus faible (45 %) et dans la province du Nord-Kivu qu'elle est la plus élevée (98 %).

Tableau 11.13 Consommation de micronutriments par les mères

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant un enfant de moins de trois ans vivant avec elles qui ont consommé des aliments riches en vitamine A au cours des 24 heures ayant précédé l'enquête ; pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant un enfant né au cours des cinq dernières années qui ont reçu une dose de vitamine A au cours des deux mois qui ont suivi la naissance du dernier enfant ; pourcentage de mères de 15-49 ans qui, durant la grossesse du dernier enfant né au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, ont souffert de cécité crépusculaire, pourcentage qui ont pris des comprimés de fer-folate, pendant un nombre déterminé de jours ; pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant un enfant né dans les cinq dernières années et vivant dans un ménage dont le sel a été testé qui vivent dans une ménage disposant de sel adéquatement iodé, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Parmi les femmes ayant un enfant de moins de trois ans vivant avec elles		Pourcentage de femmes qui ont reçu une dose de vitamine A postpartum	Cécité crépusculaire déclarée	Cécité crépusculaire ajustée	Nombre de jours pendant lesquels les femmes ont pris des comprimés de fer-folate au cours de la grossesse					Effectif de femmes	Parmi les femmes ayant un enfant né au cours des 5 dernières années vivant dans un ménage dont le sel a été testé	
	Pourcentage ayant consommé des aliments riches en vitamine A	Effectif de femmes				Aucun	<60	60-89	90+	Ne sait pas/ Manquant		Pourcentage vivant dans un ménage avec du sel adéquatement iodé	Effectif de femmes
Groupe d'âges													
15-19	28,2	320	22,4	13,2	2,2	53,1	39,4	1,6	1,0	4,9	376	79,9	320
20-29	22,1	2 244	30,1	11,9	4,3	50,9	39,8	1,6	1,7	6,0	2 729	79,9	2 264
30-39	17,5	1 364	29,3	15,8	4,0	53,0	35,1	1,3	1,9	8,6	1 752	77,8	1 506
40-49	33,2	339	29,3	19,4	3,2	51,5	36,1	1,1	1,7	9,7	616	80,2	544
Milieu de résidence													
Urbain	22,0	1 673	38,2	10,1	4,1	43,9	42,1	2,5	3,4	8,1	2 189	82,2	1 825
Rural	21,9	2 595	23,3	16,7	3,8	57,0	35,1	0,7	0,6	6,6	3 284	77,4	2 808
Province													
Kinshasa	26,8	420	54,2	6,9	2,8	20,0	57,4	7,0	7,5	8,1	605	93,0	515
Bas-Congo	26,2	180	45,9	6,0	1,9	30,5	55,6	3,2	3,9	6,9	232	92,2	214
Bandundu	24,5	716	26,9	7,1	2,5	51,0	45,5	0,3	0,0	3,2	877	90,6	740
Équateur	24,0	511	23,5	22,9	6,7	48,1	43,7	0,4	1,4	6,3	706	79,6	547
Orientale	20,7	486	18,5	22,0	4,5	60,0	29,9	0,4	1,3	8,4	620	89,7	536
Nord-Kivu	14,9	163	28,4	18,4	4,3	37,5	45,0	4,3	3,2	10,0	201	98,2	190
Sud-Kivu	10,2	189	24,5	10,3	1,9	33,7	58,1	2,5	0,4	5,3	233	49,6	189
Maniema	19,5	148	18,3	16,2	4,9	72,1	22,2	0,1	0,4	5,2	189	79,4	170
Katanga	21,6	424	28,3	8,0	1,9	58,5	28,6	1,0	0,3	11,6	566	78,9	491
Kasaï Oriental	21,3	561	26,6	13,5	3,3	69,2	21,1	0,0	1,2	8,5	681	44,8	555
Kasaï Occidental	20,2	470	28,5	22,3	7,4	69,2	23,2	0,3	0,8	6,5	564	73,7	487
Niveau d'instruction													
Aucune instruction	21,0	986	20,2	18,7	3,3	58,3	32,2	0,6	0,9	7,9	1 258	82,4	1 040
Primaire	20,4	1 812	26,5	15,7	5,0	56,0	34,4	0,9	1,2	7,4	2 256	77,7	1 914
Secondaire	24,4	1 431	38,1	9,3	3,2	43,3	45,6	2,4	2,7	6,1	1 901	78,7	1 624
Supérieur	28,8	38	40,6	7,3	2,8	21,6	42,8	8,3	9,6	17,8	58	89,7	55
Quintile de bien-être économique													
Le plus pauvre	22,3	917	20,5	15,5	2,4	59,3	31,7	0,7	0,5	7,8	1 123	79,1	910
Second	20,9	942	22,5	15,9	5,0	59,3	34,5	0,3	0,5	5,4	1 204	83,1	1 035
Moyen	26,4	896	30,2	17,1	5,0	49,8	40,1	0,6	1,3	8,2	1 163	80,8	1 003
Quatrième	17,7	866	30,5	12,7	4,0	54,4	36,4	1,5	2,0	5,7	1 078	70,2	891
Le plus riche	22,4	646	46,4	7,7	3,0	31,8	49,0	5,0	5,0	9,1	906	82,6	795
Ensemble	21,9	4 267	29,3	14,1	4,0	51,8	37,9	1,4	1,7	7,2	5 473	79,3	4 633

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS 12

Ce chapitre est consacré à l'analyse des niveaux, des tendances et des variations de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ces caractéristiques de la mortalité des enfants sont influencées par les conditions sanitaires, environnementales, socioéconomiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est considéré comme l'un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'une population. Il est, d'ailleurs, l'une des composantes de l'Indice du Développement Humain. Les résultats fournis par l'EDS-RDC seront utiles aux décideurs politiques et aux responsables de programmes pour l'évaluation des différents programmes de santé mis en œuvre jusqu'à ce jour et pour une meilleure orientation des nouveaux programmes de développement et de santé en RDC. En effet, un niveau de mortalité élevé est le reflet d'une situation nutritionnelle précaire, d'un faible accès aux soins de santé, à l'eau salubre et à des installations sanitaires adéquates. Ce chapitre présente i) la méthodologie suivie pour la production des indicateurs de mortalité, ii) les niveaux et tendances de la mortalité des enfants et iii) la mortalité différentielle selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction des mères, le niveau de bien-être économique des ménages et selon certaines caractéristiques biologiques de la mère et des enfants. Il présente également les catégories de naissances à haut risque de mortalité.

12.1 MÉTHODOLOGIE

En fonction de la disponibilité des données, les spécialistes de la mortalité recourent soit aux méthodes indirectes (par ex. Méthode de Brass), soit aux méthodes directes pour obtenir les indicateurs souhaités. Pour le *calcul direct* des taux de mortalité infantile et juvénile, les méthodes suivantes peuvent être utilisées : méthode transversale, méthode des générations et méthode des générations fictives[1]. Les enquêtes EDS utilisent la méthode des générations fictives qui permet de calculer des taux de mortalité pour des périodes de temps proches de la date de l'enquête. Les données nécessaires pour ces calculs proviennent de la section du questionnaire Femme concernant l'historique des naissances.

Les indicateurs de mortalité qui sont présentés dans ce chapitre sont donc calculés à partir des informations sur l'historique des naissances recueillies auprès de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans interrogées au cours de l'EDS-RDC. En effet, au cours de l'interview, les enquêtées ont déclaré toutes les naissances vivantes qu'elles avaient eues, en précisant le sexe, l'âge, l'état de survie ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près, pour les décès de moins d'un mois ; au mois près, pour ceux de moins de deux ans, et en années, pour les décès survenus à deux ans ou plus).

L'estimation de la mortalité à partir de l'historique des naissances des mères interviewées présente, à la fois, des limites d'ordre méthodologique et des risques d'erreur d'enregistrement.

Limites d'ordre méthodologique

Dans ce type d'approche rétrospective, la collecte des informations sur le passé (ici, la mortalité des enfants) se fait auprès de personnes vivantes au moment de l'enquête (ici, les femmes de 15 à 49 ans). Aucune information n'est donc disponible sur la survie ou le décès d'enfants dont la mère est décédée. Cela peut introduire un biais dans l'estimation du niveau général de la mortalité des enfants si ces enfants

---

[1] Les explications techniques sur les différentes techniques sont fournies dans le *Guide to DHS Statistics* (Rutstein and Rojas, 2003).

« orphelins de mère » sont en nombre important et si leur mortalité est différente de celle des enfants de mères survivantes.

En outre, en limitant la collecte des données aux seules femmes de 15-49 ans, les informations découlant de l'historique des naissances ne sont pas complètement représentatives des différents intervalles de la période passée. Si, pour les cinq années précédant l'enquête, la quasi-totalité des naissances (et de la mortalité infanto-juvénile qui peut s'ensuivre) sont issues des femmes de 15-49 ans à l'enquête, il n'en est pas de même pour les intervalles plus anciens. Ainsi, par exemple, pour la période 10-14 ans avant l'enquête, aucune information n'est disponible sur les naissances issues des femmes âgées de 40-49 ans à cette époque. Les femmes de 15-49 ans au moment de l'enquête avaient moins de 40 ans, 10 ans avant l'enquête, et celles qui étaient âgées de 40 à 49 ans à ce moment-là, ont 50-59 ans au moment de l'enquête et ne sont donc plus éligibles.

Ainsi, si une proportion importante des naissances de cette époque étaient issues des femmes de 40-49 ans et que le risque de décéder de leurs enfants était très différent de celui des naissances issues des femmes plus jeunes, il pourrait en résulter un biais important dans l'estimation de la mortalité des enfants pour la période en question. Mais, selon les résultats de l'enquête ménage, seulement 0,4 % des enfants de moins de 5 ans survivants et identifiés dans les ménages étaient orphelins de mère. Par ailleurs, au cours des trois dernières années, les femmes de 40 ans et plus n'ont contribué que pour 10 % à la fécondité totale. Les biais envisagés précédemment devraient donc être minimes.

Risques d'erreurs d'enregistrement

Du point de vue de la collecte proprement dite, la validité des données sur la mortalité des enfants peut être affectée par 1) le sous enregistrement des événements, 2) les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants et 3) l'imprécision des déclarations de l'âge au décès.

Le sous enregistrement des événements peut provenir de la double omission systématique des naissances et des décès ou de l'omission de l'un des deux événements. Les mères ont parfois tendance à omettre la déclaration des naissances et/ou des décès d'enfants, surtout quand l'enfant est mort quelques heures ou quelques jours après la naissance. Plus la période de référence est éloignée de la date de l'enquête, plus ces cas d'omission sont importants et plus les niveaux de la mortalité estimés peuvent en être affectés. Une technique d'évaluation succincte du sous enregistrement des décès de très jeunes enfants consiste à calculer la proportion d'enfants décédés entre 0 et 6 jours par rapport aux décès survenus au cours du premier mois. Comme le niveau de la mortalité diminue très rapidement entre la naissance et les jours qui suivent, cette proportion augmente avec la diminution de la mortalité des enfants. Une proportion inférieure à environ 60 % indiquerait un sous enregistrement important des décès précoces.

Dans le cas de l'EDS-RDC, cette proportion varie de 72 % à 80 % selon la période avant l'enquête (tableau C.5 en Annexe C) ; ce qui indique qu'il n'y a pas eu de sous-enregistrement de décès précoces. En outre, une faible proportion de mortalité néonatale par rapport à la mortalité infantile peut également être utilisée pour estimer l'importance de la sous-déclaration des décès de très jeunes enfants. D'après les données de l'enquête (tableau C.6 en Annexe C), les proportions varient entre 38 % et 49 % selon la période quinquennale considérée et ne font apparaître aucune sous-estimation importante des décès précoces.

Les déplacements différentiels des dates de naissance des enfants ou transferts de l'enregistrement des naissances d'une période à une autre n'affectent pas les niveaux de mortalité de l'ensemble de la période rétrospective considérée, mais ils peuvent entraîner une sous-estimation de la mortalité d'une période donnée au profit des périodes adjacentes. Par exemple, un mauvais classement des enfants décédés de 0 à 4 ans avant l'enquête, entraînerait une sous-estimation de la mortalité pour

cette période et, par conséquent, une surestimation de la mortalité de la période précédente (soit 5 à 9 ans avant l'enquête). Le tableau C.4 (Annexe C) fournit la distribution des naissances selon leur état de survie, par année de naissance. Dans le cas de l'EDS-RDC, il semble effectivement y avoir eu des transferts de naissance de 2004 à 2003[2]. Cependant, les niveaux de mortalité étant calculés par période quinquennale avant l'enquête, soit 2002-2007 pour la période la plus récente, ils ne devraient pas être affectés de façon significative par ces transferts qui se produisent, dans leur majorité, à l'intérieur de l'intervalle de référence.

L'imprécision des déclarations de l'âge au décès et, en particulier, l'attraction de certains âges au décès, peut engendrer une sous-estimation de la mortalité infantile et une surestimation de la mortalité juvénile, en transformant une partie des décès d'enfants de moins d'un an en décès d'enfants plus âgés (12 à 59 mois). Pour minimiser ce type d'erreur, les enquêtrices devaient enregistrer les âges aux décès *en jours* pour ceux survenus dans les 29 jours suivant la naissance, *en mois* pour ceux survenus aux âges de 1 à 23 mois et *en années* pour le reste. Les tableaux C.5 et C.6 (Annexe C) fournissent la distribution des décès par âge au décès (jours et mois). Le tableau C.6 montre une légère attraction pour « 12 mois » pour les périodes 0-4 ans, 10-14 ans et 15-19 ans, les décès enregistrés à 12 mois étant plus nombreux que ceux enregistrés aux mois encadrants. Cette attraction est négligeable sur l'ensemble des décès d'enfants de moins d'un an et ne peut affecter les niveaux de mortalité infantile et juvénile.

Par rapport à ces problèmes de collecte, Sullivan et al. (1990) ont montré que les limites méthodologiques inhérentes à l'historique des naissances et les risques d'erreur ou d'imprécisions de collecte n'induisent, en général, qu'une très faible marge d'erreur pour les indicateurs relatifs aux événements récents. On n'a donc procédé à aucun ajustement des données et les résultats sur les tendances de la mortalité peuvent être considérés comme valables pour les dernières années avant l'enquête.

12.2 Niveaux et Tendances

Sur la base des informations recueillies dans l'historique des naissances, les indicateurs suivants ont été calculés :

- le **quotient de mortalité néonatale**, qui mesure, la probabilité pour le nouveau-né de décéder avant d'atteindre un mois exact ;
- le **quotient de mortalité post-néonatale**, qui mesure, pour les enfants âgés d'un mois exact, la probabilité de décéder avant d'atteindre l'âge exact de douze mois ;
- le **quotient de mortalité infantile ($_1q_0$)**, qui mesure à la naissance, la probabilité de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire ;
- le **quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$)**, qui mesure, chez les enfants âgés d'un an exact, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire et
- le **quotient de mortalité infanto juvénile ($_5q_0$)**, qui mesure, à la naissance, la probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire.

Le tableau 12.1 présente les différents quotients de mortalité (néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile) pour les quinze années précédant l'enquête réparties en trois périodes quinquennales.

---

[2] Le « rapport de naissances annuelles » semble indiquer un *manque* de naissances en 2004 (rapport 93,4 < 100), et un *surplus* l'année précédente, en 2003 (rapport 113,9 > 100). Ces déplacements semblent plus prononcés pour les enfants décédés, nés en sous nombre en 2004 (82,7 < 100) et en surnombre en 2003 (129,7 > 100).

Tableau 12.1 Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

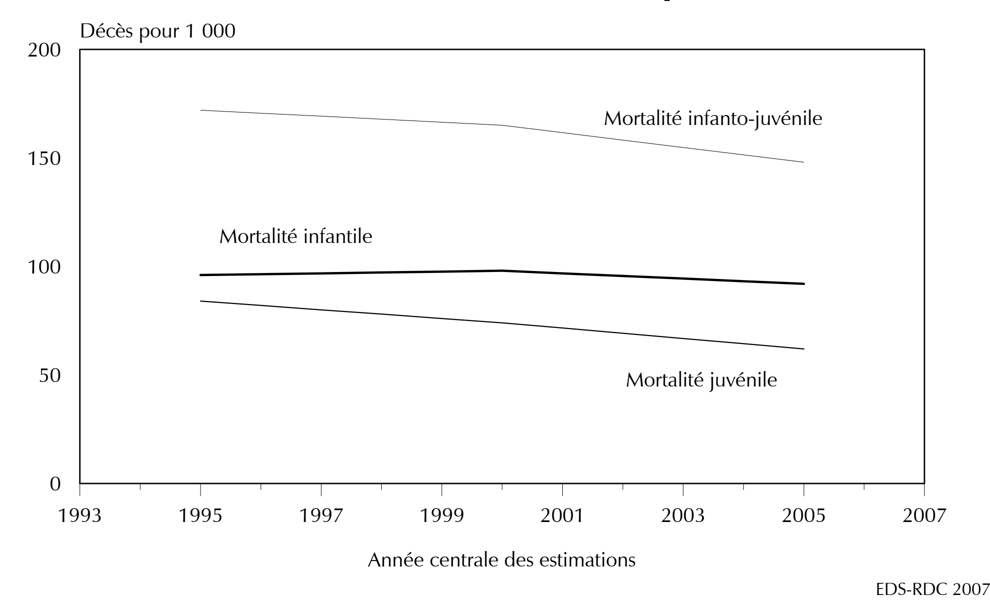
Nombre d'années précédant l'enquête	Période	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
0-4	2002-2007	42	50	92	62	148
5-9	1997-2002	37	61	98	74	165
10-14	1992-1997	38	58	96	84	172
0-9	1997-2007	40	55	95	67	155

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

Durant la période la plus récente (2002-2007), sur 1 000 enfants qui naissent, 92 décèdent avant d'atteindre le premier anniversaire ; 42 entre 0 et 1 mois et 50 entre 1 et 12 mois exact. En RDC, le niveau de la mortalité néonatale est inférieur à celui de la mortalité post-néonatale. Si la qualité des données n'est pas mise en cause, les facteurs responsables de cette situation peuvent être recherchés dans les pratiques d'allaitement et d'alimentation des enfants ou dans le système de protection infantile. Une analyse approfondie sur la mortalité infantile et ses composantes pourrait apporter un éclaircissement sur ce résultat. Par ailleurs, il apparaît que pour 1 000 enfants ayant atteint le premier anniversaire, 62 décèdent avant d'atteindre le cinquième anniversaire et, globalement, sur 1 000 naissances, 148 décèdent avant d'atteindre le cinquième anniversaire, soit environ un enfant sur sept.

Les données présentés au tableau 12.1 et graphique 12.1 permettent de retracer l'évolution de la mortalité des enfants au cours des 15 dernières années.

Graphique 12.1 Tendances de la mortalité des enfants de moins de cinq ans



Sur l'ensemble de la période, il y a une baisse générale de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cette baisse est bien perceptible en ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile et la mortalité juvénile. En effet, le quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans ($_5q_0$) est passé de 172 ‰ dans la

période 1992-1997 à 165 ‰ dans la période 1997-2002, puis à 148 ‰ dans la période 2002-2007. Ainsi, au cours des 15 dernières années, le niveau de la mortalité des enfants entre la naissance et le cinquième anniversaire a connu une baisse de 14 %. Quant à la mortalité infantile, une baisse moins importante (6 %) est observée au cours des dix dernières années, passant de 98 ‰ en 1997-2002 à 92 ‰ en 2002-2007. En ce qui concerne la mortalité néonatale, son niveau est resté quasiment stable entre 1997-2002 (37 ‰) et 1992-1997 (38 ‰). Par contre, on note une légère augmentation entre la période 5-9 ans avant l'enquête et la période la plus récente, à savoir 0-4 ans avant l'enquête (37 ‰ contre 42 ‰).

12.3 MORTALITÉ DIFFÉRENTIELLE ET GROUPES À HAUTS RISQUES

Le tableau 12.2 présente les différents quotients de mortalité des enfants selon le milieu de résidence, la province, le niveau d'instruction de la mère et le niveau de bien-être économique, pour la période des 10 ans[3] précédant l'enquête (1997-2007).

Tableau 12.2 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques sociodémographiques de la mère, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Milieu de résidence					
Urbain	30	44	74	51	122
Rural	46	62	108	78	177
Province					
Kinshasa	31	42	73	31	102
Bas-Congo	46	81	127	66	185
Bandundu	46	58	103	57	154
Équateur	46	56	102	74	168
Orientale	37	51	89	100	179
Nord-Kivu	17	40	57	47	102
Sud-Kivu	46	80	126	68	186
Maniema	54	75	129	103	219
Katanga	49	45	94	66	154
Kasaï Oriental	33	50	82	68	145
Kasaï Occidental	35	60	95	69	158
Niveau d'instruction de la mère					
Aucune instruction	53	82	135	85	209
Primaire	39	52	92	73	158
Secondaire	30	38	68	48	113
Supérieur	*	(24)	67	18	84
Quintile de bien-être économique					
Le plus pauvre	44	70	113	79	184
Second	44	62	105	80	177
Moyen	41	54	95	66	155
Quatrième	41	52	93	65	151
Le plus riche	27	32	58	41	97

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale
* Basé sur moins de 250 personnes/mois d'exposition
( ) Basé sur 250-499 personnes/mois d'exposition

[3] La référence à une période de 10 ans est utilisée pour pouvoir disposer, dans chaque sous-groupe de population, d'un nombre d'événements statistiquement suffisant pour le calcul des différentes probabilités.

Les risques de décéder avant l'âge de cinq ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. Quel que soit l'indicateur de mortalité des enfants considéré, la mortalité des enfants du milieu rural est plus élevée que celle des enfants du milieu urbain. Entre la naissance et l'âge d'un an, un enfant du milieu rural court un risque de décéder plus élevé de 46 % que celui d'un enfant du milieu urbain (108 ‰ contre 74 ‰). Entre 1 et 4 ans, ce risque est plus élevé de 53 % (78 ‰ contre 51 ‰). Globalement, le risque de décéder entre la naissance et l'âge de cinq ans est supérieur de 45 % en milieu rural par rapport au milieu urbain (177 ‰ contre 122 ‰).

Des écarts sont également observés entre les provinces. En ce qui concerne les enfants de 0-5 ans, les niveaux de mortalité les plus élevés s'observent au Maniema (219 ‰), au Sud-Kivu (186 ‰) et au Bas-Congo (185 ‰). C'est également dans ces provinces que les quotients de mortalité des enfants de moins d'un an sont les plus élevés (respectivement 129 ‰, 126 ‰ et 127 ‰). La mortalité des enfants de 0-5 ans la plus faible est celle des enfants de Kinshasa et du Nord-Kivu (102 ‰). Il faut relever ici le cas atypique de la province Orientale où le taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans est plus élevé que celui des enfants de 0 à 1 an (100 ‰ contre 89 ‰).

Les niveaux de mortalité diminuent fortement avec l'augmentation du niveau d'instruction de la mère et ce, quel que soit l'indicateur de mortalité considéré. Ainsi, un enfant dont la mère est sans instruction a un risque de mourir avant le premier anniversaire 2 fois supérieur à celui d'un enfant dont la mère a le niveau d'instruction secondaire ou supérieur (135 ‰ contre 68 ou 67 ‰). De même, le risque de mourir avant 5 ans est environ 1,8 et 2,5 fois plus élevé chez un enfant dont la mère est sans instruction par rapport à celui dont la mère a respectivement le niveau secondaire et le niveau supérieur. Cette différence de mortalité devient plus importante en ce qui concerne les enfants de 1 à 4 ans (85 ‰ contre 18 ‰ chez les femmes les plus instruites, soit un risque environ 5 fois plus élevé). Les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation, mais surtout le recours plus important des femmes instruites aux services de santé (leurs enfants sont plus vaccinés que les enfants dont les mères sont sans instruction) pourraient expliquer l'essentiel de ces différences de mortalité observées (voir les chapitres 8 et 9, Santé de la reproduction et Santé de l'enfant).

Les conditions de vie des ménages influent fortement sur les risques de décéder. Quelle que soit la composante de la mortalité des enfants, les niveaux sont nettement plus élevés pour les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres que pour ceux des ménages les plus riches. La mortalité infanto-juvénile, dont le taux augmente au fur et à mesure que le niveau de bien-être du ménage diminue est nettement inférieur parmi les enfants des ménages les plus riches que parmi ceux des ménages les plus pauvres (97 ‰ contre 184 ‰). Les niveaux de la mortalité infantile et ceux de la mortalité juvénile varient de la même manière. C'est aussi chez les enfants des ménages les plus riches que le risque de décéder entre un et cinq ans est le plus faible (41 ‰).

Le tableau 12.3 présente les niveaux de mortalité des enfants pour la période de dix ans précédant l'enquête selon le sexe de l'enfant, l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de la naissance, l'intervalle avec la naissance précédente et la taille de l'enfant à la naissance.

Tableau 12.3 Taux de mortalité des enfants selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile pour la période de 10 ans précédant l'enquête selon certaines caractéristiques démographiques de la mère et des enfants, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique démographique	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN)[1]	Mortalité infantile ($_1q_0$)	Mortalité juvénile ($_4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$)
Sexe de l'enfant					
Masculin	47	52	99	70	162
Féminin	33	57	90	64	149
Âge de la mère à la naissance de l'enfant					
<20	49	62	110	77	179
20-29	35	54	89	62	145
30-39	41	53	94	69	156
40-49	51	51	102	83	177
Rang de naissance					
1	48	51	99	67	159
2-3	31	54	85	61	141
4-6	35	52	87	62	143
7+	56	68	124	92	205
Intervalle avec la naissance précédente[2]					
<2 années	59	86	145	82	215
2 années	30	49	79	79	152
3 années	27	39	67	52	115
4+ années	27	35	62	33	92
Taille à la naissance[3]					
Petit ou très petit	119	60	179	na	na
Moyen ou gros	30	44	75	na	na

[1] Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale
[2] Non compris les naissances de rang 1
[3] Quotients pour la période de cinq ans avant l'enquête
na = Non applicable

Entre la naissance et le cinquième anniversaire, la mortalité des enfants de sexe masculin est, comme dans la majorité des populations, légèrement plus élevée que celle des enfants de sexe féminin : sur 1 000 naissances de chaque sexe, 162 garçons contre 149 filles n'atteignent pas le cinquième anniversaire. Cette différence de mortalité entre les sexes s'observe aussi bien durant la première année (99 ‰ chez les garçons contre 90 ‰ chez les filles) qu'entre un an et cinq ans (70 ‰ chez les garçons contre 64 ‰ chez les filles). Durant le premier mois, la mortalité des enfants de sexe masculin est également plus élevée que celle des enfants de sexe féminin (47 ‰ contre 33 ‰). Par contre, durant la période post-néonatale, c'est l'inverse qui est observé (52 ‰ chez les garçons contre 57 ‰ chez les filles).

Durant l'enquête, on a demandé aux mères d'évaluer la taille de leur enfant à la naissance. Le tableau 12.3 fournit les niveaux de mortalité selon la taille estimée de l'enfant à la naissance. Il apparaît que les bébés jugés petits ou très petits ont une mortalité infantile beaucoup plus élevée que les bébés moyens ou gros (179 ‰ contre 75 ‰). La probabilité de décéder durant le premier mois est près de quatre fois plus élevée chez les enfants jugés très petits ou petits que chez les enfants moyens ou gros (119 ‰ contre 30 ‰). Même après avoir passé le seuil critique des 30 premiers jours, les différences de mortalité

demeurent importantes entre les deux catégories d'enfants. En effet, les risques de décès post-néonatals sont de 60 ‰ chez les enfants petits ou très petits, contre 44 ‰ chez les enfants moyens ou gros.

Les autres caractéristiques présentées au tableau 12.3 concernent le comportement procréateur (âge de la mère à la naissance de l'enfant, rang de naissance et intervalle entre naissances).

Du point de vue de l'âge de la mère, il ressort que les risques de décéder les plus élevés sont observés chez les enfants dont la mère avait moins de 20 ans à leur naissance et chez ceux dont la mère avait 40 ans et plus à leur naissance. En effet, par rapport aux enfants dont la mère avait 20-29 ans à leur naissance (89 ‰), ceux dont la mère avait moins de 20 ans courent un risque de décéder avant l'âge d'un an supérieur de 24 % ; de même, ceux dont la mère avait 40-49 ans à leur naissance courent un risque plus élevé de décéder de 15 %. On constate les mêmes variations en ce qui concerne toutes les autres composantes de la mortalité des enfants. En effet, le risque de décéder entre 0 et 5 ans est 1,2 fois plus élevé pour un enfant né d'une mère de moins de 20 ans ou de 40-49 ans que pour celui né d'une mère âgée de 20-29 ans. Ainsi, un âge précoce ou tardif à la naissance des enfants constitue un facteur de risque.

Selon le rang de naissance, on constate que les quotients de mortalité infantile sont élevés pour le rang 1 (99 ‰) ; ils diminuent ensuite pour les rangs suivants (85 ‰ et 87 ‰ pour les rangs 2-3 et 4-6), pour augmenter à nouveau et de manière importante pour les enfants des rangs les plus élevés (124 ‰ pour les rangs 7 ou plus). La même tendance s'observe pour tous les indicateurs de la mortalité des enfants, à l'exception de la mortalité post-néonatale où les quotients de mortalité augmentent pour les rangs 2-3, baisse légèrement pour les rangs 4-6 et remonte ensuite pour les rangs 7 ou plus. Globalement, le risque de décéder augmente avec le rang de naissance de l'enfant.

Par ailleurs, la durée de l'intervalle intergénésique apparaît comme étant le facteur qui influe le plus nettement sur les niveaux de mortalité des enfants. Les intervalles très courts, qui réduisent chez la femme le degré de récupération des capacités physiologiques, entraînent une mortalité néonatale (59 ‰) environ deux fois plus élevée que celle estimée pour les naissances qui suivent leur aîné de 2, 3, ou 4 ans ou plus (respectivement, 30 ‰, 27 ‰ et 27 ‰). Les différences de mortalité post-néonatale sont encore plus prononcées (86 ‰ lorsque l'intervalle est inférieur à 24 mois, contre 39 ‰ lorsqu'il est de 3 ans). Quand l'intervalle est de 4 ans au moins, la mortalité post-néonatale est environ 2,5 fois plus faible que celle correspondant à un intervalle inférieur à deux ans (35 ‰ contre 86 ‰). La mortalité infantile, estimée à 145 pour 1 000 naissances survenues à moins de 24 mois de la naissance précédente, passe à 79 ‰, 67 ‰ et 62 ‰, lorsque les naissances surviennent, respectivement, à 2 ans, 3 ans et à, au moins 4 ans après la naissance précédente. Après le premier anniversaire, les différences de mortalité restent très importantes : 82 ‰ lorsque l'intervalle est court (moins de 2 ans) contre 33 ‰ lorsque l'intervalle entre naissances est de 4 ans ou plus. Globalement, lorsque l'intervalle intergénésique est de moins de 2 ans, le risque de décéder entre 0 et 5 ans est 2,3 fois plus élevé que lorsque l'intervalle est de quatre ans ou plus (215 ‰ contre 92 ‰).

La mortalité différentielle selon ces trois dernières caractéristiques met en évidence les risques importants que fait courir aux enfants une fécondité élevée, caractérisée surtout par des naissances précoces et des intervalles intergénésiques courts.

12.4 Comportements Procréateurs à Hauts Risques

De nombreuses études ont mis en évidence la relation étroite entre les probabilités de décéder des enfants et certains comportements procréateurs. On a démontré que le risque pour un enfant de décéder est plus élevé si la mère, à la naissance de l'enfant, est trop jeune ou trop âgé ; si l'intervalle avec la naissance précédente est court ou si la mère a déjà une parité élevée. Les très jeunes femmes et les

femmes âgées peuvent être confrontées à des grossesses et à des accouchements difficiles à cause de leur âge.

Pour les besoins de l'analyse, une mère sera considérée comme *trop jeune* si elle a moins de 18 ans et *trop âgée* si elle a plus de 34 ans au moment de la naissance de l'enfant ; un *intervalle court* concerne les naissances qui surviennent moins de 24 mois après la naissance précédente et une naissance de *rang élevé* est une naissance qui survient après 3 naissances ou plus.

Le tableau 12.4 présente une classification des naissances des cinq dernières années selon les catégories à hauts risques auxquelles elles correspondent :

- les naissances de rang 1 qui présentent un risque élevé de mortalité, mais qui sont inévitables sauf lorsqu'elles sont issues de mères trop jeunes ou trop âgées. On a donc isolé les naissances de rang 1 et de mères âgées de 18 à 34 ans ;
- les naissances issues de mères appartenant à l'une des catégories à hauts risques ci-après : âge de procréation précoce (moins de 18 ans) ou tardif (35 ans ou plus), intervalle intergénésique court (moins de 24 mois) ou rang de naissance élevé (supérieur à 3) ;
- les naissances correspondant à une combinaison de catégories de risques selon l'âge de la mère à la naissance, l'intervalle intergénésique et le rang de naissance ; et, enfin,
- les naissances ne correspondant à aucune des catégories à hauts risques définies ci-dessus.

La colonne 2 du tableau 12.4 présente les pourcentages d'enfants qui appartiennent aux catégories définies ci-dessus.

À la lecture de ce tableau, il apparaît que sur 100 naissances survenues au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 61 appartiennent à une des catégories à hauts risques évitables, 16 à la catégorie à haut risque inévitable et 23 à aucune catégorie à haut risque. Parmi les naissances appartenant à des catégories à hauts risques, 36 % appartiennent à la catégorie à haut risque unique, tandis que 25 % appartiennent à la catégorie à hauts risques multiples. Dans la catégorie à haut risque unique, 23 % des naissances sont de rang élevé (supérieur à 3). Si l'on considère la catégorie à hauts risques multiples, il apparaît que 12 % des naissances sont de rang élevé et nées de mères trop âgées (35 ans ou plus).

Pour évaluer le risque supplémentaire de décéder que font courir aux enfants certains comportements procréateurs des mères, on a calculé des *ratios de risque,* en prenant comme référence les naissances n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Le ratio de risque s'obtient en rapportant la proportion d'enfants décédés dans chaque catégorie à haut risque à la proportion d'enfants décédés dans la catégorie sans haut risque (c'est-à-dire les enfants dont la mère était âgée de 18-34 ans à la naissance, qui sont nés au moins 24 mois après la naissance précédente ou qui sont de rang 2 ou 3).

Tableau 12.4 Comportement procréateur à haut risque

Répartition (en %) des enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, rapport de risque et répartition (en %) des femmes actuellement en union à risque de concevoir un enfant à haut risque de mortalité selon les catégories à hauts risques de mortalité, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Catégories à hauts risques	Naissances des 5 années précédant l'enquête: Pourcentage de naissances	Naissances des 5 années précédant l'enquête: Ratio de risque	Pourcentage de femmes actuellement en union[1]
Dans aucune catégorie à haut risque	22,8	1,00	16,2[a]
Catégorie à haut risque inévitable			
Naissances de premier rang entre 18 et 34 ans	15,9	1,59	6,1
Catégorie à haut risque unique			
Âge de la mère <18	5,5	1,26	1,0
Âge de la mère >34	0,8	0,78	3,3
Intervalle intergénésique <24 mois	7,3	1,68	11,3
Rang de naissance >3	22,8	1,00	15,7
Sous total	36,4	1,17	31,3
Catégorie à hauts risques multiples			
Âge <18 et intervalle intergénésique <24 mois[2]	0,5	1,29	0,6
Âge >34 et intervalle intergénésique <24 mois	0,1	*	0,1
Âge >34 et rang de naissance >3	11,7	1,15	25,7
Âge >34 et intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >3	3,6	2,54	5,7
Intervalle intergénésique <24 mois et rang de naissance >3	9,1	1,87	14,3
Sous total	25,0	1,63	46,4
Dans une des catégories de hauts risques évitables	61,3	1,36	77,7
Total	100,0	na	100,0
Effectif	9 003	na	6 622

Note : Le rapport de risque est le rapport de la proportion d'enfants décédés dans les cinq dernières années dans chaque catégorie à risque, à la proportion d'enfants décédés dans aucune catégorie à haut risque.
[1] Les femmes sont classées dans les catégories à hauts risques selon le statut qu'elles auraient à la naissance de l'enfant si l'enfant était conçu au moment de l'enquête : âge actuel inférieur à 17 ans et 3 mois ou supérieur à 34 ans et 2 mois, ou la dernière naissance a eu lieu dans les 15 derniers mois, ou la dernière naissance est de rang 4 ou plus.
[2] Y compris la catégorie : âge <18 ans et rang de naissance >3
na = Non applicable
[a] Y compris les femmes stérilisées
* Ratio basé sur trop peu de cas non pondérés

Comme le montre le tableau 12.4, le ratio de risque est plus élevé pour les enfants appartenant à la catégorie à haut risque inévitable (naissances de premier rang issues des mères de 18 à 34 ans) que pour les enfants appartenant à l'une des catégories à hauts risques évitables (1,59 contre 1,36). Les mères dont la grossesse comporte des risques devraient recevoir plus fréquemment des soins prénatals ou une assistance à l'accouchement que les autres femmes, ce qui assurerait ainsi de meilleures chances de survie à leur enfant. Par ailleurs, un enfant appartenant à une catégorie quelconque de haut risque unique court un risque de décéder 1,2 fois supérieur à un enfant n'appartenant à aucune catégorie à haut risque. Considérés isolément, les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à 24 mois) font courir aux enfants un risque de mortalité 1,7 fois plus important par rapport à la catégorie de référence. Les enfants appartenant à la catégorie de hauts risques multiples sont les plus exposés, puisque leur mortalité est de 1,6 fois plus élevée que celle des enfants n'appartenant à aucune catégorie à risque. Les enfants dont la mère a plus de 34 ans à la naissance, dont l'intervalle avec l'enfant précédent est inférieur à 24 mois et qui sont de rang 3 ou plus sont particulièrement exposés (risque de décéder 2,5 fois plus élevé que la catégorie de référence).

À partir de cette analyse relative au comportement procréateur des femmes, on a estimé la proportion de femmes actuellement en union qui, potentiellement, pourraient avoir une naissance à haut risque. À partir de l'âge actuel des femmes, de l'intervalle écoulé depuis leur dernière naissance et du

rang de celle-ci, on a déterminé dans quelle catégorie se trouverait la prochaine naissance, si chaque femme concevait un enfant au moment de l'enquête. Il s'agit donc d'une simulation ayant pour objectif de déterminer, en l'absence de tout comportement régulateur de la fécondité, la proportion des futures naissances qui appartiendraient aux catégories à hauts risques évitables. Comme on peut le voir au tableau 12.4, cette proportion est estimée à 78 %. Elle est nettement supérieure à celle estimée chez les enfants nés durant les cinq dernières années (61 %). Cette simulation démontre une fois de plus la nécessité de mettre en place des mécanismes régulateurs de la fécondité dans le but de réduire les hauts risques de mortalité encourus par les jeunes enfants. De ce point de vue, la planification familiale et les programmes de santé maternelle et infantile s'avèrent indispensables pour la réduction de la mortalité des enfants liée au comportement procréateur, en se concentrant notamment sur les actions suivantes : un effort pour un meilleur suivi des grossesses (notamment la première naissance), une réduction de la fécondité précoce et un meilleur espacement des naissances.

MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE 13

13.1 INTRODUCTION

La mortalité maternelle est l'indicateur de santé montrant la plus grande disparité entre les pays en développement et les pays développés. Pratiquement tous les décès liés à la grossesse et à l'accouchement (95 %) se produisent en Afrique et en Asie. En Afrique subsaharienne, les femmes ont une chance sur 12 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement contre une chance sur 4 000 dans les pays riches.

La mortalité maternelle est un indicateur particulièrement révélateur de la condition féminine, de l'accès des femmes aux soins de santé et de la façon dont le système de santé répond à leurs besoins. Il est donc important de pouvoir disposer d'informations sur les niveaux de la mortalité maternelle, non seulement parce qu'elles informent sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi parce qu'elles renseignent sur la santé des femmes, et indirectement, sur leur situation économique et sociale. Dans ce cadre, la mesure de la mortalité maternelle et des facteurs de risque qui lui sont liés est nécessaire tant pour le diagnostic d'une situation que pour le suivi et l'évaluation des programmes qui seront mis en place.

L'Enquête Démographique et de Santé menée en République Démocratique du Congo en 2007 a collecté, au niveau national, des données permettant d'estimer le niveau de la mortalité maternelle en utilisant des méthodes d'estimation directe et indirecte. Ces estimations se font à partir de données sur la survie des sœurs des femmes enquêtées. Pour chacune des sœurs de la femme enquêtée, on a collecté des renseignements concernant son âge actuel ; si elle est décédée, on a posé des questions sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. À propos des sœurs décédées, des questions supplémentaires ont été posées pour déterminer si le décès est en rapport avec la maternité, c'est-à-dire si le décès est survenu pendant la grossesse, durant l'accouchement ou dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement ou la fin de la grossesse.

La méthode directe d'estimation de la mortalité maternelle requiert des données sur l'âge des sœurs survivantes et, pour les sœurs décédées, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour obtenir des périodes de référence bien définies, les données sont agrégées pour déterminer le nombre de personnes-années d'exposition à la mortalité et le nombre de décès maternels survenus dans chaque période de référence. Les taux de mortalité maternelle sont alors directement estimés en divisant le nombre de décès par le nombre de personnes-années soumises à l'exposition. Le résultat de ce calcul donne la proportion de sœurs, parmi toutes les sœurs de la femme enquêtée, qui sont décédées des causes liées à la maternité. C'est une estimation non biaisée de la probabilité de décéder de cause maternelle, pourvu que le risque de décès soit identique pour toutes les sœurs (Trussell et Rodriguez, 1990).

La méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle ne requiert aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la sœur. Cette méthode estime le risque, pour toutes les sœurs, de décéder pour causes maternelles sur la durée de la période de procréation. Étant donné que les estimations se réfèrent à la durée de vie des sœurs des enquêtées, elles ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période dont le milieu se situerait, approximativement, 12 ans avant l'enquête. Mais dans ce qui suit, on se limitera à présenter la méthode directe d'estimation.

13.2 Collecte des Données

Le questionnaire utilisé pour la collecte des données sur la mortalité maternelle est présenté en annexe E (section 9 du questionnaire femme). En premier lieu, on a demandé à la femme enquêtée la liste de tous ses frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants que sa mère a mis au monde, en commençant par le premier-né. Ensuite, on a demandé à l'enquêtée l'état de survie de ses frères et sœurs, et pour ceux qui sont encore en vie, on lui a demandé leur âge actuel. Pour ceux qui sont décédés, on s'est informé sur le nombre d'années écoulées depuis le décès et sur l'âge au décès. Dans le cas où des réponses précises aux âges ou au nombre d'années écoulées depuis le décès ne pourraient être obtenues, les enquêtrices étaient autorisées à accepter des réponses approximatives.

Pour les sœurs décédées á l'âge de 12 ans ou plus, on a posé à la femme d'autres questions pour déterminer si le décès était en rapport avec la maternité :

- *(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?* Si la réponse est non ou ne sait pas, on a posé la question suivante :
- *Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?* Dans le cas d'une réponse négative, on demandait alors :
- *Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?*

Ces questions sont structurées pour encourager l'enquêtée à déclarer tout décès ayant suivi une grossesse, quelle qu'en soit l'issue et, en particulier, une grossesse ayant donné lieu à un avortement provoqué, alors qu'on ne posait pas de questions directes à propos de ce type d'événement. Tous ces décès sont considérés comme des décès maternels.

13.3 Évaluation de la Qualité des Données

Que l'on utilise la méthode directe ou indirecte, l'estimation de la mortalité maternelle nécessite des données exactes sur le nombre de sœurs de la femme enquêtée, le nombre de celles qui sont décédées et le nombre de celles dont le décès est lié à la maternité. Il n'existe pas de procédure clairement définie pour établir la complétude des données recueillies par une enquête ménage rétrospective sur la survie des sœurs. L'estimation directe requiert, en plus de données exactes sur la survie des sœurs, des données sur l'âge et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès des sœurs-informations qui peuvent embarrasser les enquêtées ou qui demandent des précisions que les enquêtés ne connaissent pas. Le nombre de frères et sœurs déclaré par l'enquêtée, et la complétude des données déclarées sur l'âge, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès sont présentés au tableau 13.1.

Des données complètes ont été obtenues pour presque toutes les sœurs, quel que soit leur état de survie. Un âge a été déclaré pour la quasi-totalité des sœurs survivantes (99,5 %), et un âge au décès ainsi que le nombre d'années écoulées depuis le décès ont été déclarés pour 96,2 % des sœurs décédées. Ces pourcentages font apparaître une bonne qualité des données. Plutôt que d'exclure des analyses suivantes les frères et sœurs pour lesquels certaines données sont manquantes, on a utilisé les informations concernant le rang de naissance des frères et sœurs en conjonction avec d'autres informations pour imputer une valeur aux données manquantes[1]. Les données sur la survie des frères et sœurs, y compris les

[1] L'imputation est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'ordre des frères et sœurs. est correct. Premièrement, on a calculé une date de naissance pour chaque frère et sœur survivant dont on connaît l'âge et, pour chaque frère et sœur décédés pour lesquels on avait des informations complètes sur l'âge au décès et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès. Pour les frères et sœurs pour lesquels ces données sont manquantes, on a imputé une date de naissance à l'intérieur de l'intervalle délimité par les dates de naissance des frères et sœurs « encadrants ». Pour les frères et sœurs survivants, on a calculé un âge à partir de la date de naissance imputée. Dans le cas de frères et de

cas avec des valeurs imputées, ont été utilisées dans le calcul direct des taux de mortalité des adultes et des taux de mortalité pour cause maternelle.

Tableau 13.1 Complétude de l'information sur les frères et sœurs

Effectif des frères et sœurs déclarés par les enquêtées et complétude des données déclarées, concernant l'état de survie, l'âge au décès et le nombre d'années écoulées depuis le décès, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Frères et sœurs selon différentes variables	Sœurs		Frères		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des frères et sœurs	28 334	100,0	30 002	100,0	58 337	100,0
Survivants	22 414	79,1	23 338	77,8	45 752	78,4
Décédés	5 896	20,8	6 626	22,1	12 522	21,5
ND/Manquant	24	0,1	39	0,1	62	0,1
Ensemble des survivants	22 414	100,0	23 338	100,0	45 752	100,0
Âge déclaré	22 303	99,5	23 221	99,5	45 524	99,5
ND/Manquant	112	0,5	117	0,5	228	0,5
Ensemble des décédés	5 896	100,0	6 626	100,0	12 522	100,0
Âge et nombre d'années déclarés	5 715	96,9	6 331	95,6	12 046	96,2
Âge au décès manquant	53	0,9	115	1,7	169	1,3
Nombre d'années manquant	62	1,0	102	1,5	164	1,3
Âge et nombre d'années manquants	66	1,1	77	1,2	143	1,1

Le nombre d'informations manquantes en ce qui concerne les dates n'est qu'un indicateur de la qualité d'ensemble des données. La complétude des informations de base, à savoir l'omission possible de frères ou de sœurs, est beaucoup plus importante. Le tableau 13.2 présente différents tests permettant d'évaluer cette complétude. Tout d'abord, on s'attend à ce que, en moyenne, la date de naissance des femmes enquêtées se situe au milieu des années de naissance des membres de sa fratrie. Si l'année de naissance médiane des frères et sœurs est beaucoup plus tardive que celle des femmes enquêtées, cela signifierait que ces femmes enquêtées ont systématiquement omis des frères et sœurs plus âgés, peut-être parce que certains d'entre eux étaient décédés avant qu'elles ne soient nées. De telles omissions affecteraient l'estimation de la mortalité des adultes. Dans le cas de la RDC, l'année médiane de naissance des frères et sœurs est égale à 1971 ; celle des femmes enquêtées est égale à 1972[2]. Cela signifie qu'apparemment, il n'y a pas eu de sous déclaration des frères et sœurs par les enquêtées. Du point de vue de la mesure de la mortalité maternelle, le fait que tous les frères et sœurs soient déclarés ou non, n'est pas le plus important. Par contre, il est crucial que les données sur les personnes soumises au risque de mortalité maternelle, à savoir les sœurs en âge de procréation, soient aussi complètes que possible.

sœurs décédés, si l'on disposait soit de l'âge au décès, soit du nombre d'années écoulées depuis le décès, cette information a été combinée avec la date de naissance attribuée pour fournir l'information manquante. Si aucune des deux informations n'était disponible, la distribution de l'âge au décès des frères et sœurs dont on connaissait seulement l'âge au décès mais pas le nombre d'années écoulées depuis le décès a été utilisée comme base pour l'imputation de l'âge au décès.

[2] On notera que la distribution des années de naissance des frères et sœurs ne suit pas celle des enquêtées : alors que les années de naissance des enquêtées se répartissent sur 35 ans (1957-1992), celles des frères et sœurs portent sur 81 ans (1926-2007).

Deux autres tests, le rapport de masculinité à la naissance et la taille moyenne de la fratrie, peuvent être utilisés pour évaluer la complétude de l'enregistrement des frères et sœurs. Les résultats figurent au tableau 13.2.

Pour l'ensemble des frères et sœurs, le rapport de masculinité à la naissance est de 106 hommes pour 100 femmes, ce qui correspond à ce qui est généralement observé puisque le rapport de masculinité à la naissance ne varie qu'assez peu autour de 105 hommes pour 100 femmes, quelles que soient les populations. Dans le cas de la RDC, le rapport de masculinité à la naissance varie entre 101 et 106 pour les années de naissance des enquêtées les plus récentes, c'est-à-dire après 1970. Pour les années de naissance avant 1970, les taux de masculinité à la naissance varient entre 108 et 114. Compte tenu de la variabilité bien connue du rapport de masculinité dans les petits échantillons, aucune tendance au sous-enregistrement n'apparaît dans la déclaration des sœurs pour la majorité des femmes enquêtées, sauf probablement dans la déclaration des sœurs pour les femmes de 40 ans ou plus.

Tableau 13.2 Indicateurs de la qualité des données sur les frères et sœurs

Répartition (en %) des enquêtées et des frères et sœurs selon l'année de naissance, l'année de naissance médiane, le rapport de masculinité à la naissance et l'évolution de la taille moyenne de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Année de naissance	Répartition (en %)	
	Enquêtées	Frères/sœurs
Avant 1955	0,0	3,1
1955-59	3,7	4,2
1960-64	8,1	6,6
1965-69	10,0	9,7
1970-74	11,4	12,6
1975-79	14,8	14,1
1980-84	19,2	14,6
1985-89	22,6	13,3
1990 ou plus tard	10,2	21,8
Total	100,0	100,0
Intervalle	1957-1992	1926-2007
Médiane	1972	1971
Effectif	9 995	58 305

Année de naissance de l'enquêtée	Taille moyenne de la fratrie	Rapport de masculinité
1955-59	6,3	112,8
1960-64	6,7	113,9
1965-69	7,0	108,0
1970-74	7,0	101,0
1975-79	7,1	102,5
1980-84	6,8	106,4
1985-89	6,8	106,0
1990-95	6,6	105,4
Ensemble	6,8	105,9

La taille moyenne de la fratrie (y compris l'enquêtée) est de 6,8, ce qui est très proche de la parité finale passée des femmes en RDC. L'évolution de la taille de la fratrie selon l'année de naissance de l'enquêtée montre une taille moyenne variant entre 6,7 et 7,1 pour la période 1960-1989. Pour la période 1955-1959, la taille est de 6,3 enfants. Ainsi, le peu de variation des tailles moyennes semble indiquer, comme les résultats précédents, que l'omission de frères et sœurs n'est probablement apparente que parmi les femmes enquêtées âgées de 40 ans ou plus.

En ce qui concerne les estimations de mortalité générale et de mortalité maternelle, une période de 5 années (c'est-à-dire 0-4 années avant l'enquête) a été retenue. Cette période de référence de 5 ans a été retenue afin de pouvoir obtenir une estimation du niveau de mortalité maternelle le plus récent possible, tout en disposant d'un nombre suffisant de cas de décès maternels (qui restent, malgré tout, relativement rares) pour réduire au maximum les erreurs de sondage et obtenir une estimation fiable.

13.4 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ ADULTE

Les estimations par âge de la mortalité masculine et féminine pour la période de 2002-2006, calculées selon la procédure directe d'après les déclarations sur la survie, sont présentées au tableau 13.3. Le nombre de décès de frères et sœurs survenus pendant la période de référence aux âges de 15 à 49 ans est relativement important (505 femmes et 577 hommes); mais les taux individuels qui sont basés sur des événements relativement peu nombreux sont donc sujets aux variations d'échantillonnage.

Pour les femmes, les taux estimés augmentent, comme attendu, avec l'âge sauf pour le groupe d'âges 40-44 ans. La tendance générale semble plausible, avec une augmentation par un facteur de plus de deux entre le taux pour le plus jeune groupe d'âges (4,4 pour 1 000 femmes) et le groupe d'âges le plus élevé (9,2 pour 1 000 femmes). Les taux de mortalité pour les hommes présentent la même tendance par

âge, mais l'augmentation au groupe d'âges le plus élevé est nettement supérieure à celle observée chez les femmes. D'ailleurs le taux du groupe d'âges le plus élevé étant presque deux fois et demie supérieur à la moyenne du taux du groupe d'âges le plus jeune (passant de 4,8 pour 1 000 à 12,1 pour 1 000).

Il est important d'évaluer la fiabilité des estimations directes de la mortalité puisque les données sur la mortalité des sœurs constituent la base des données pour la mortalité maternelle. Si l'estimation de la mortalité adulte n'est pas correcte, l'estimation de la mortalité maternelle ne le sera pas davantage. En l'absence de données exactes sur la mortalité en RDC, l'évaluation est faite en comparant les taux estimés à une série de taux directs et extrapolés provenant des tables-types de mortalité des Nations Unies (Nations Unies, 1982).

Les niveaux de mortalité par âge obtenus à partir des tables-types de mortalité sont présentés au tableau 13.3. Parmi les tables-types des Nations Unies, celles correspondant au Modèle Général ont été retenues parce que ce sont celles qui se rapprochent le plus du type de mortalité infantile et juvénile de la RDC. Les taux ont été sélectionnés à un niveau de mortalité approximativement égal au quotient de mortalité infanto-juvénile (5q0) estimé pour la période de cinq ans précédant l'EDS-RDC[3].

Tableau 13.3 Estimation de la mortalité adulte par âge

Estimation directe de la mortalité par âge à partir des données concernant l'état de survie des frères et sœurs des femmes et des hommes enquêtés, par sexe, pour la période 2002-2006, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

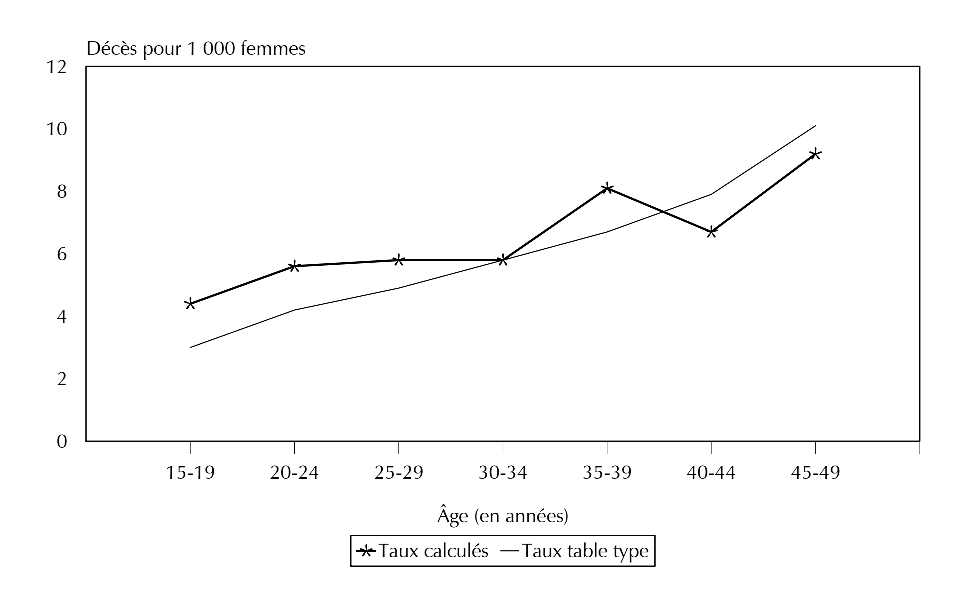
Groupe d'âges	Période 2002-2006 Décès	Années d'exposition	Taux (‰)	Table type de mortalité des Nations Unies
SEXE FÉMININ				
15-19	71	16 195	4,4	3,0
20-24	98	17 305	5,6	4,2
25-29	95	16 348	5,8	4,9
30-34	80	13 942	5,8	5,8
35-39	78	9 617	8,1	6,7
40-44	44	6 591	6,7	7,9
45-49	38	4 078	9,2	10,1
15-49	505	84 076	6,1[a]	
SEXE MASCULIN				
15-19	79	16 338	4,8	3,1
20-24	79	18 023	4,4	4,5
25-29	90	16 878	5,3	5,1
30-34	124	14 386	8,6	6,0
35-39	84	11 106	7,6	7,6
40-44	69	7 273	9,5	9,9
45-49	52	4 318	12,1	13,4
15-49	577	88 322	6,6[a]	

Note : Les taux des tables types proviennent du modèle de mortalité hypothétique des Nations Unies, modèle général, selon une valeur de $_5q_0$ pour la période de cinq ans précédant l'enquête, à savoir $_5q_0$ = 141 ‰ pour le sexe féminin et 155 ‰ pour le sexe masculin.
[a] Taux standardisés par âge

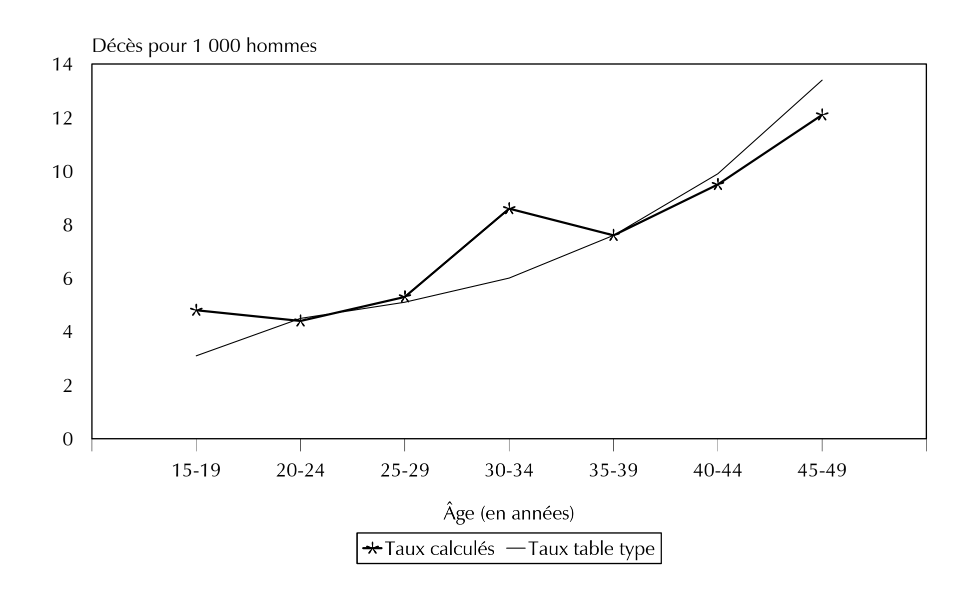
[3] Les estimations de la probabilité de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire ($_5q_0$) sont de 141 pour 1 000 pour le sexe féminin et de 155 pour 1 000 pour le sexe masculin pour la période de cinq ans précédant l'enquête.

Pour les femmes et les hommes, les taux de mortalité adulte estimés sont généralement supérieurs aux taux du Modèle Général, sauf pour les deux groupes d'âges 40-44 ans et 45-49 ans (graphiques 13.1 et 13.2). En outre, pour les deux sexes, les différents taux par âge présentent des variations relativement régulières. La validité des données collectées par le biais d'enquêtes rétrospectives peut être affectée par l'omission d'évènements et la mauvaise datation des évènements déclarés. Dans le cadre de cette enquête, les estimations sont probablement entachées de sous-déclarations, surtout pour les évènements les moins récents, bien qu'à l'évidence, on ne constate pas de problème majeur de ce type. L'évaluation par comparaison aux modèles de mortalité des Nations Unies tend à confirmer la qualité des données sur la survie des frères et sœurs, et les estimations de mortalité basées sur ces données semblent tout à fait plausibles.

Graphique 13.1 Taux de mortalité féminine pour la période 2002-2006 et taux des tables types de mortalité par groupe d'âges



Graphique 13.2 Taux de mortalité masculine pour la période 2002-2006 et taux des tables types de mortalité par groupe d'âges



13.5 ESTIMATION DIRECTE DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

L'estimation directe de la mortalité maternelle, obtenue à partir des déclarations sur la survie des sœurs, est présentée au tableau 13.4. Le nombre de décès maternels est estimé à 93 pour la période de 0-4 ans avant l'enquête. La tendance des taux par cause maternelle par âge est quelque peu irrégulière. Toutefois, l'on constate que le taux le plus élevé est observé dans le groupe d'âges 40-44 ans, suivi de celui de 25-29 ans. Étant donné le nombre relativement peu important d'événements, la méthode retenue est l'estimation d'un taux unique correspondant aux âges de procréation. L'estimation d'ensemble de la mortalité maternelle, exprimée pour 1 000 femmes-années d'exposition est égale à 1,1 pour la période 2002-2006.

Tableau 13.4 Estimation directe de la mortalité maternelle

Estimation directe de la mortalité maternelle à partir des données concernant l'état de survie des sœurs des femmes et des hommes enquêtés pour la période 0-4 ans avant l'enquête, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Décès maternels	Années d'exposition	Taux pour cause maternelle (‰)	Proportion de décès maternels
15-19	12	16 195	0,8	17,1
20-24	20	17 305	1,2	20,4
25-29	25	16 348	1,5	26,2
30-34	16	13 942	1,1	19,7
35-39	6	9 617	0,6	7,0
40-44	12	6 591	1,8	27,3
45-49	3	4 078	0,7	7,4
15-49	93	84 076	1,1[a]	18,5
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG ‰)[a]		200		
Taux de mortalité maternelle (TMM)[b]		549		
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV)[c]		0,034		

[a] Taux standardisés par âge
[b] Pour 100 000 naissances. Calculé comme suit : (Taux de mortalité par cause maternelle)/TGFG
[c] Par femme. Calculé à partir de la formule suivante :
(1-RDV) = $(1\text{-TMM}/100\ 000)^{ISF}$, où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité. Pour la période 0-4 ans avant l'enquête, l'ISF est estimé à 6,3 enfants par femme.

Les taux de mortalité par cause maternelle peuvent être convertis en taux de mortalité maternelle, exprimés pour 100 000 naissances vivantes, en les divisant par le taux global de fécondité générale pour la période donnée. Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le taux de mortalité maternelle est de 549 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 0-4 ans avant l'enquête.

Les proportions de décès imputables aux causes maternelles, par groupe d'âges, pour la période 2002-2006 laissent apparaître de fortes variations qui atteignent leur maximum à 40-44 ans où plus d'un décès sur quatre (27 %) est dû à des causes maternelles. Ainsi, pour l'ensemble des décès de femmes en âge de procréation (15-49 ans), près d'un décès sur cinq (19 %) serait dû à des causes maternelles.

Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) est calculé à partir du taux de mortalité maternelle. Cet indicateur tient compte à la fois de la probabilité de tomber enceinte et de la probabilité de décéder à la suite de cette grossesse pendant toute la période féconde d'une femme. Ce risque est de l'ordre de 0,034 pour la période 2002-2006. Autrement dit, en République

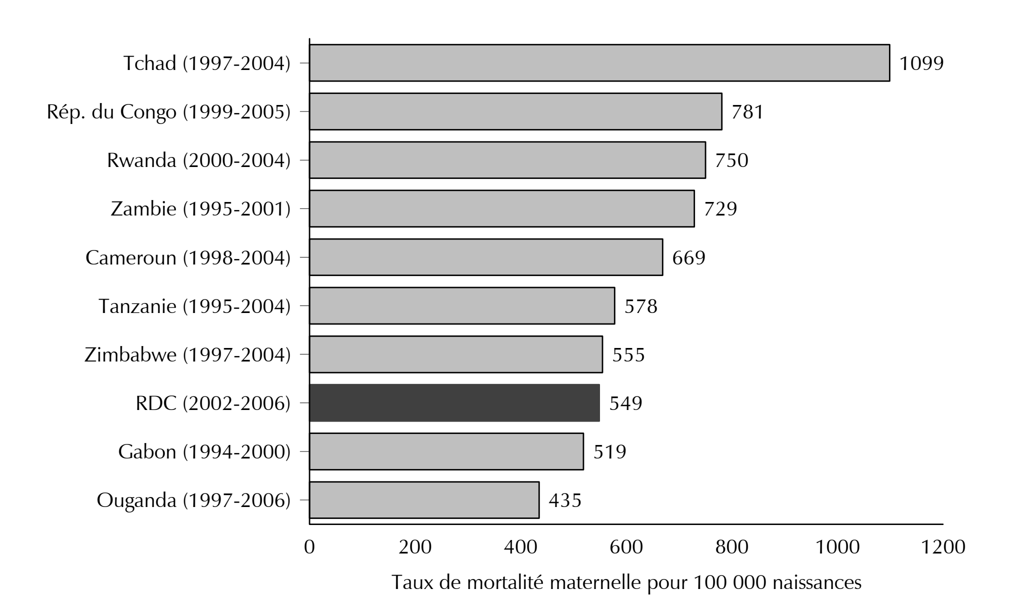
Démocratique du Congo, une femme court un risque d'environ 1 sur 29 de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

13.6 DISCUSSION

L'estimation directe du taux de mortalité maternelle à partir de l'EDS-RDC pour la période 2002-2006 est de 549 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les taux de mortalité maternelle estimés selon la même méthodologie lors d'enquêtes EDS menées dans d'autres pays de la sous région sont présentés au graphique 13.3.

L'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS2) menée en 2001 donnait un taux de mortalité maternelle de 1 289 pour 100 000 naissances. Ce taux était calculé en utilisant la méthode indirecte d'estimation de la mortalité maternelle. Comme nous l'avons indiqué plus haut, cette méthode ne requiert aucune information sur l'âge au décès maternel et sur le nombre d'années écoulées depuis le décès maternel de la sœur. Par ailleurs, les estimations de cette méthode ne s'appliquent pas à une période de temps bien délimitée, mais elles sont le reflet des conditions de mortalité qui correspondent à une période relativement longue qui se situerait, environ, 12 ans avant l'enquête. Dans le cas précis de la MICS2 de 2001, la période d'estimation se situerait donc entre 1988 et 2000. Par contre, le taux estimé à partir de l'EDS-RDC est basé sur la méthode directe des sœurs (présentée au début de ce chapitre) et porte sur une période très récente qui se situe entre 2002 et 2006.

Graphique 13.3 Mortalité maternelle en République Démocratique du Congo et dans la sous région



Malgré une apparente baisse, le niveau de la mortalité maternelle en RDC reste, toutefois, relativement élevée, comme dans le reste des pays africains au sud du Sahara, avec des taux se situant dans leur majorité entre plus de 500 et 1 000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Les résultats de l'EDS-RDC suggèrent que pour réduire davantage le taux de mortalité maternelle, la RDC a besoin de prendre des mesures a plusieurs niveaux :

1) Améliorer le taux de prévalence contraceptive moderne qui reste encore faible (6 % pour l'ensemble du pays), surtout dans les zones rurales où l'accès à l'information et aux services de planification familiale de qualité reste limité. La contraception est un des déterminants-clé de la fécondité qui est encore élevée en RDC puisqu'elle dépasse la barre de 6 enfants par femme.

2) Encourager les filles à différer davantage l'âge au premier mariage ; en effet, bien qu'il ait augmenté au cours de la dernière décennie, il reste encore précoce puisque pratiquement la moitié des femmes congolaises se marie avant l'âge de 18 ans. Des analyses différentielles de la mortalité maternelle selon la parité et l'intervalle entre naissances suggèrent qu'il existe un risque élevé de mortalité maternelle pour les premières naissances survenant à un âge précoce et pour l'intervalle intergénésique court.

3) Éduquer les femmes, les familles et les agents de santé pour détecter les grossesses à hauts risques, et en particulier les accouchements trop longs. Il est particulièrement important de faire comprendre aux membres de la communauté que les femmes ont besoin de soins d'urgence en cas de complications au cours de l'accouchement.

4) Poursuivre l'amélioration des soins de santé de la reproduction en vue de réduire les disparités entre les provinces et au niveau des zones de santé en matière de recours aux soins maternels et néonatals.

CONNAISSANCE, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS VIS-À-VIS DU VIH/SIDA 14

Ce chapitre a pour objectif d'analyser les résultats concernant le niveau de connaissance, les attitudes et les comportements des femmes de 15 à 49 ans et des hommes de 15 à 59 ans vis-à-vis du VIH/sida.

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (Sida) se caractérise par l'apparition d'un ensemble de signes consécutifs à l'effondrement du système immunitaire du corps humain. Le sida est la phase ultime de l'infection par le VIH. Celui-ci se transmet par voie sexuelle ou au contact du sang contaminé. En RDC, le premier cas de sida a été notifié en 1983. Jusqu'en décembre 2007, les estimations faites par le Programme National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS) du Ministère de la Santé indiquaient qu'environ 1 330 120 personnes étaient atteintes du VIH. Ces estimations ont été faites sur la base des enquêtes de sérosurveillance réalisées auprès des femmes enceintes dans les différents sites sentinelles du pays.

Depuis près de deux décennies, le sida est considéré comme une des maladies prioritaires en République Démocratique du Congo. Les mesures prises dans le cadre de la lutte contre la pandémie du sida et mises en œuvre par le PNLS, par l'intermédiaire de protocoles de prise en charge des personnes vivant avec le VIH et des algorithmes pour le traitement et la prévention des IST, n'ont pas encore permis de contrôler efficacement l'évolution de cette maladie.

Sous la coordination du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida (PNMLS), des actions de prévention ont été menées par différents acteurs engagés dans la riposte nationale à l'épidémie. Il s'agit du secteur public avec le Ministère de la Santé par le biais du PNLS comme programme prioritaire, ainsi que du secteur privé, de la société civile regroupant les associations et les organisations non gouvernementales et des partenaires nationaux et internationaux.

À l'instar des autres pays de la sous-région, le principal mode de contamination est la voie sexuelle. La propagation du virus dans la population ainsi que les moyens de prévention sont largement tributaires des connaissances et des comportements sexuels de cette population. Une bonne connaissance des moyens de prévention et une adoption généralisée des comportements sexuels responsables contribueraient certainement à freiner la propagation du VIH. Les questions posées au cours de l'EDS-RDC ont permis d'évaluer le niveau de connaissance des moyens de prévention et de transmission du virus ainsi que les attitudes et comportements face au sida.

14.1 CONNAISSANCE DU VIH/SIDA, DES MOYENS DE PRÉVENTION ET DE TRANSMISSION

La connaissance par la population du VIH/sida et des moyens de prévention est une étape indispensable dans le processus de lutte contre la propagation de ce virus. L'EDS-RDC a voulu évaluer cette connaissance dans la population congolaise, en posant une série de questions y relatives. Ainsi, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient entendu parler du sida et s'ils connaissaient les moyens pouvant permettre de réduire les risques de contracter le virus. Les informations collectées sont contenues dans les tableaux 14.1 et 14.2 relatifs à la connaissance du sida et à celle des moyens de prévention du VIH.

D'après les données du tableau 14.1, la quasi-totalité d'hommes (97 %) et de femmes (92 %) ont entendu parler du sida. Le niveau de connaissance observé chez les femmes est resté le même depuis 2001 (MICS2). Par ailleurs, ce niveau ne varie pas beaucoup selon les différentes caractéristiques sociodémographiques des enquêtés. Cependant, on note que le niveau de connaissance du sida est plus

élevé chez les hommes que chez les femmes, et ce, quelle que soit la caractéristique sociodémographique considérée. Il faut néanmoins souligner que dans certaines catégories de populations, la proportion de personnes qui n'ont jamais entendu parler du sida demeure élevée. Chez les femmes, c'est surtout parmi les jeunes de 15-19 ans (10 %), les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (11 %), celles du milieu rural (13 %), parmi celles de la province Orientale (19 %), de l'Équateur et du Maniema (15 %), celles qui n'ont aucune instruction (17 %) ainsi que parmi celles qui vivent dans un ménage du quintile le plus pauvre (13 %) que l'on compte les proportions les plus élevées de celles qui n'ont pas entendu parler de cette maladie . Ce constat est aussi valable chez les hommes.

Tableau 14.1 Connaissance du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	A entendu parler du sida	Effectif de femmes	A entendu parler du sida	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-24	90,7	4 304	95,4	1 858
15-19	89,7	2 030	93,3	988
20-24	91,6	2 274	97,9	869
25-29	94,1	1 655	99,3	651
30-39	93,4	2 388	98,6	1 050
40-49	91,9	1 649	97,9	757
État matrimonial				
Célibataire	92,8	2 432	95,5	1 816
A déjà eu des rapports sexuels	95,9	1 239	97,1	1 217
N'a jamais eu de rapports sexuels	89,5	1 193	92,2	600
En union	91,7	6 622	98,5	2 279
Divorcé/séparé/veuf	93,2	941	98,1	221
Milieu de résidence				
Urbain	97,7	4 540	99,7	1 890
Rural	87,4	5 455	95,3	2 426
Province				
Kinshasa	99,4	1 575	100,0	637
Bas-Congo	96,9	397	97,7	177
Bandundu	95,2	1 518	98,9	663
Équateur	84,9	1 235	95,1	571
Orientale	80,9	1 083	93,7	496
Nord-Kivu	96,3	356	98,8	126
Sud-Kivu	94,2	426	96,1	165
Maniema	85,2	314	92,0	125
Katanga	92,9	1 073	98,0	508
Kasaï Oriental	95,2	1 132	98,0	463
Kasaï Occidental	90,1	886	96,7	386
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	82,7	2 081	91,0	234
Primaire	90,7	3 851	95,5	1 262
Secondaire	98,1	3 802	98,3	2 542
Supérieur	100,0	261	100,0	278
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	86,7	1 798	95,6	769
Second	88,7	1 967	96,3	786
Moyen	88,3	2 043	95,7	999
Quatrième	95,6	1 888	98,2	806
Le plus riche	99,7	2 300	100,0	956
Ensemble 15-49 ans	92,1	9 995	97,2	4 316
Hommes 50-59 ans	na	na	94,8	441
Ensemble 15-59 ans	na	na	97,0	4 757

na = Non applicable

En ce qui concerne les moyens de prévention du VIH, l'enquête s'est focalisée sur trois moyens : l'utilisation du condom, la fidélité et l'abstinence sexuelle. Les informations du tableau 14.2 indiquent que 54 % des femmes et 64 % des hommes savent qu'il est possible de réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel.

Des proportions plus importantes de femmes et d'hommes (respectivement 76 % et 82 %) savent qu'il est possible de réduire ce risque en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté. L'abstinence de relations sexuelles comme moyen de prévention est connue par 76 % des femmes et 79 % des hommes.

Globalement, l'utilisation du condom et la fidélité à un seul partenaire fidèle et non infecté sont des moyens de prévention connus par 49 % des femmes et 58 % des hommes. On relève, chez les femmes comme chez les hommes, que la connaissance de ces deux moyens varie selon les différentes catégories sociodémographiques étudiées. En effet, c'est chez les jeunes de 15-19 ans (45 % pour les femmes et 49 % pour les hommes) et chez les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (39 % pour les femmes et 37 % pour les hommes) que ce niveau de connaissance est le plus faible. De même, ces deux moyens de prévention sont plus connus par les résidents du milieu urbain (56 % contre 43 % en milieu rural pour les femmes et 65 % contre 53 % en milieu rural pour les hommes). On note que les personnes instruites ont une meilleure connaissance de ces moyens que celles qui n'ont aucune instruction (61 % des femmes et 61 % des hommes de niveau secondaire contre 36 % des femmes et 46 % des hommes sans instruction). De même, la proportion de femmes et d'hommes qui connaissent ces deux moyens est nettement supérieure dans le quintile le plus riche que dans le quintile le plus pauvre (respectivement 64 % contre 38 % et 68 % contre 54 %). Les résultats selon les provinces font également apparaître des écarts. Les provinces dont les niveaux de connaissance de ces deux moyens de prévention du VIH sont les plus bas sont la province Orientale (36 %), le Maniema et le Sud-Kivu (38 % dans les deux cas) pour les femmes et la province Orientale (45 %), le Maniema (50 %) et le Kasaï Oriental (51 %) pour les hommes.

Les conceptions erronées sur l'infection par le VIH/sida conditionnent les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette infection. Au cours de l'enquête, une série de questions ont été posées aux enquêtés pour évaluer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention de l'infection. Les résultats sont présentés aux tableaux 14.3.1 pour les femmes et 14.3.2 pour les hommes.

Le tableau 14.3.1 montre que près de sept femmes sur dix (67 %) savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut être un porteur sain du virus et le transmettre à autrui. Moins de la moitié savent que le sida ne peut être transmis par les moustiques (45 %), ni par des moyens surnaturels (48 %). En outre, six femmes sur dix (61 %) savent qu'une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas avec une personne qui a le sida. Globalement, 24 % des femmes savent qu'un individu en bonne santé peut cependant avoir contracté le virus du sida et rejettent les deux idées erronées locales les plus courantes.

Tableau 14.2 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le virus du sida en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires et en s'abstenant de rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes					Hommes				
Caractéristique sociodémographique	Utiliser des condoms[1]	Limiter les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté[2]	Utiliser des condoms et limiter les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté[1,2]	S'abstenir de rapports sexuels	Effectif de femmes	Utiliser des condoms[1]	Limiter les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté[2]	Utiliser des condoms et limiter les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté[1,2]	S'abstenir de rapports sexuels	Effectif d'hommes
Groupe d'âges										
15-24	53,8	73,9	48,4	74,0	4 304	62,8	78,2	55,8	75,1	1 858
15-19	49,9	70,9	44,7	72,3	2 030	56,0	72,1	48,6	72,2	988
20-24	57,4	76,6	51,7	75,5	2 274	70,4	85,2	64,0	78,4	869
25-29	55,5	78,2	49,9	79,3	1 655	67,3	85,8	62,1	80,0	651
30-39	55,5	79,0	51,0	77,5	2 388	67,9	84,8	61,3	82,2	1 050
40-49	49,8	77,4	46,5	74,5	1 649	60,2	85,5	56,6	80,6	757
État matrimonial										
Célibataire	55,5	76,5	51,0	77,5	2 432	62,3	79,1	56,1	75,3	1 816
A déjà eu des rapports sexuels	67,0	84,2	62,4	82,8	1 239	71,3	83,9	65,4	77,0	1 217
N'a jamais eu de rapports sexuels	43,5	68,4	39,2	72,0	1 193	44,1	69,3	37,3	71,7	600
En union	53,2	76,5	48,2	75,5	6 622	64,8	84,6	59,1	80,6	2 279
Divorcé/séparé/veuf	54,3	75,8	49,0	73,7	941	73,3	84,0	67,1	83,4	221
Milieu de résidence										
Urbain	60,5	83,2	56,0	82,3	4 540	70,8	86,3	64,8	82,8	1 890
Rural	48,3	70,7	43,1	70,4	5 455	59,1	79,1	53,1	75,2	2 426
Province										
Kinshasa	70,3	88,0	65,8	86,1	1 575	75,6	90,9	70,7	84,7	637
Bas-Congo	61,2	77,8	56,0	80,7	397	66,4	79,8	59,2	79,1	177
Bandundu	62,1	85,0	57,7	82,5	1 518	58,2	88,3	55,9	85,3	663
Équateur	48,6	65,8	44,2	65,9	1 235	68,6	80,1	62,5	70,2	571
Orientale	44,6	60,0	35,9	60,1	1 083	54,0	68,0	45,1	63,6	496
Nord-Kivu	50,3	76,9	44,9	81,9	356	63,7	86,2	58,8	87,1	126
Sud-Kivu	43,0	76,1	38,2	70,8	426	59,3	84,6	54,4	71,5	165
Maniema	43,9	60,8	37,5	60,2	314	57,9	69,0	50,3	59,8	125
Katanga	55,4	73,5	48,9	75,3	1 073	70,8	81,9	64,2	82,4	508
Kasaï Oriental	44,7	80,0	41,6	78,4	1 132	58,3	82,8	50,7	80,8	463
Kasaï Occidental	46,0	79,9	43,8	79,7	886	64,2	82,3	57,1	86,4	386
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	40,2	63,9	36,0	64,4	2 081	50,8	73,4	45,9	71,7	234
Primaire	47,4	73,2	42,3	73,1	3 851	57,1	75,2	49,6	73,4	1 262
Secondaire	66,2	85,5	61,1	83,9	3 802	66,9	85,4	61,4	80,9	2 542
Supérieur	78,1	91,6	74,1	87,6	261	83,2	93,0	79,3	86,0	278
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	44,0	66,3	38,2	70,0	1 798	61,0	76,7	54,3	75,2	769
Second	47,9	73,5	43,9	71,5	1 967	58,6	81,5	53,6	78,0	786
Moyen	49,9	71,6	44,5	71,5	2 043	56,5	78,4	49,3	75,4	999
Quatrième	56,6	81,1	51,5	79,7	1 888	70,8	86,5	65,7	80,1	806
Le plus riche	67,9	87,3	63,5	84,7	2 300	74,0	87,8	68,2	83,5	956
Ensemble 15-49 ans	53,8	76,4	49,0	75,8	9 995	64,2	82,3	58,2	78,5	4 316
Hommes 50-59 ans	na	na	na	na	na	50,6	84,9	47,7	79,0	441
Ensemble 15-59 ans	na	na	na	na	na	63,0	82,5	57,3	78,6	4 757

[1] En utilisant des condoms lors de chaque rapport sexuel
[2] Un partenaire qui n'a pas d'autre partenaire
na = Non applicable

Tableau 14.3.1 Connaissance complète du sida : Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant déclaré qu'une personne paraissant en bonne santé pouvait avoir le virus du sida et qui, en réponse à des questions déterminées, rejettent, de manière correcte, les idées locales erronées sur la transmission ou la prévention du virus du sida et pourcentage ayant une connaissance considérée comme complète du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui déclarent que : Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut être transmis par les piqûres de moustiques	Le sida ne peut être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'une personne qui a le sida	Pourcentage sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida et rejetant les deux idées erronées les plus courantes[1]	Pourcentage ayant une connaissance « complète » du sida[2]	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-24	65,3	47,1	47,8	59,2	24,3	15,1	4 304
15-19	62,2	45,7	48,4	57,7	23,2	13,7	2 030
20-24	68,1	48,3	47,3	60,5	25,2	16,4	2 274
25-29	70,6	44,1	49,7	61,5	26,0	17,0	1 655
30-39	68,9	45,8	47,7	64,3	23,1	14,9	2 388
40-49	62,8	41,8	48,9	57,8	22,0	14,6	1 649
État matrimonial							
Célibataire	70,7	52,5	50,2	65,6	28,3	18,1	2 432
A déjà eu des rapports sexuels	81,1	56,1	52,9	71,0	30,8	21,6	1 239
N'a jamais eu de rapports sexuels	60,0	48,8	47,3	60,0	25,6	14,5	1 193
En union	65,3	43,1	47,8	59,0	22,7	14,5	6 622
Divorcée/séparée/veuve	65,7	43,0	46,7	58,5	20,7	13,2	941
Milieu de résidence							
Urbain	78,3	58,5	49,3	76,3	31,0	20,9	4 540
Rural	56,9	34,5	47,5	47,4	18,0	10,6	5 455
Province							
Kinshasa	93,1	70,1	43,6	88,3	35,2	25,1	1 575
Bas-Congo	76,5	44,6	47,8	65,5	23,3	16,3	397
Bandundu	77,2	40,8	55,7	53,7	25,4	17,8	1 518
Équateur	62,9	37,1	47,5	52,9	23,7	15,5	1 235
Orientale	56,3	34,2	51,6	49,4	21,7	10,8	1 083
Nord-Kivu	70,4	42,4	79,5	72,3	28,0	16,2	356
Sud-Kivu	73,1	49,4	72,6	70,9	36,9	16,6	426
Maniema	50,1	32,5	51,1	47,9	17,1	11,1	314
Katanga	59,5	51,8	46,1	58,7	22,4	15,4	1 073
Kasaï Oriental	53,1	39,0	38,6	55,1	14,6	8,6	1 132
Kasaï Occidental	42,2	39,4	30,8	49,0	12,7	7,2	886
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	47,9	32,3	40,1	38,2	14,2	7,7	2 081
Primaire	58,0	36,6	46,7	52,7	17,7	9,6	3 851
Secondaire	83,6	58,7	53,6	78,5	33,4	23,2	3 802
Supérieur	96,4	86,8	60,3	93,9	54,1	44,0	261
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	52,1	33,4	43,9	40,6	14,5	8,6	1 798
Second	57,0	33,4	46,4	45,1	17,4	11,2	1 967
Moyen	60,2	37,0	48,2	54,8	20,5	11,7	2 043
Quatrième	69,3	48,4	53,6	70,4	27,1	16,8	1 888
Le plus riche	89,7	70,1	49,1	86,4	37,2	25,9	2 300
Ensemble 15-49 ans	66,6	45,4	48,3	60,6	23,9	15,3	9 995

[1] Les deux idées erronées les plus fréquemment citées sont la transmission par les piqûres de moustiques et par des moyens surnaturels.
[2] Sont considérées comme ayant une connaissance « complète », les femmes qui savent que l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, celles qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et celles qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

Tableau 14.3.2 Connaissance complète du sida : Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant déclaré qu'une personne paraissant en bonne santé pouvait avoir le virus du sida et qui, en réponse à des questions déterminées, rejettent, de manière correcte, les idées locales erronées sur la transmission ou la prévention du virus du sida et pourcentage ayant une connaissance considérée comme complète du sida selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage qui déclarent que :						
Caractéristique sociodémographique	Une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida	Le sida ne peut être transmis par les piqûres de moustiques	Le sida ne peut être transmis par des moyens surnaturels	Une personne ne peut pas être infectée en partageant les repas d'une personne qui a le sida	Pourcentage sachant qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida et rejetant les deux idées erronées les plus courantes[1]	Pourcentage ayant une connaissance « complète » du sida[2]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges							
15-24	74,9	56,4	54,8	71,0	31,6	20,7	1 858
15-19	69,2	55,3	49,2	65,7	29,0	18,3	988
20-24	81,5	57,5	61,1	77,0	34,7	23,5	869
25-29	82,7	53,9	56,1	73,1	33,8	23,1	651
30-39	82,1	53,7	59,5	75,4	34,3	23,6	1 050
40-49	81,8	52,5	61,7	70,5	36,4	22,9	757
État matrimonial							
Célibataire	77,1	58,4	56,1	71,6	35,7	23,6	1 816
A déjà eu des rapports sexuels	82,2	61,0	60,6	76,8	38,9	28,2	1 217
N'a jamais eu de rapports sexuels	66,8	53,1	46,9	61,1	29,3	14,2	600
En union	80,7	51,8	58,0	72,7	31,8	21,0	2 279
Divorcé/séparé/veuf	78,0	53,9	61,0	73,5	32,6	22,8	221
Milieu de résidence							
Urbain	89,4	66,6	58,6	83,7	42,2	28,4	1 890
Rural	71,0	45,3	56,3	63,5	26,6	17,3	2 426
Province							
Kinshasa	94,1	72,1	54,5	90,3	42,9	33,3	637
Bas-Congo	82,0	53,3	51,3	71,2	30,7	21,1	177
Bandundu	87,9	45,9	55,7	64,3	31,6	16,7	663
Équateur	79,5	54,4	62,2	74,7	39,8	29,1	571
Orientale	66,1	47,0	61,9	59,3	29,0	16,0	496
Nord-Kivu	79,4	42,3	82,0	77,4	30,8	21,9	126
Sud-Kivu	81,8	54,3	76,0	83,2	42,8	26,6	165
Maniema	66,1	35,0	57,6	51,0	24,5	16,0	125
Katanga	80,7	61,5	59,8	75,7	39,5	29,2	508
Kasaï Oriental	68,6	51,2	52,2	73,6	23,0	12,2	463
Kasaï Occidental	67,2	57,6	41,3	64,7	23,2	14,2	386
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	63,6	45,1	43,5	57,3	17,7	6,9	234
Primaire	65,9	41,9	52,5	57,3	21,5	13,3	1 262
Secondaire	85,1	57,9	59,0	78,4	36,8	24,3	2 542
Supérieur	96,6	91,0	76,1	97,2	70,2	55,2	278
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	66,1	38,9	48,8	53,9	19,5	14,4	769
Second	74,4	47,0	54,4	63,3	27,1	16,5	786
Moyen	73,1	50,6	62,8	70,1	31,9	17,7	999
Quatrième	86,3	57,8	57,5	79,0	36,8	25,7	806
Le plus riche	93,5	75,2	60,7	91,2	48,7	34,6	956
Ensemble 15-49 ans	79,1	54,7	57,3	72,3	33,5	22,2	4 316
Hommes 50-59 ans	76,6	56,4	61,5	63,2	34,5	20,6	441
Ensemble 15-59 ans	78,8	54,8	57,7	71,5	33,6	22,0	4 757

[1] Les deux idées erronées les plus fréquemment citées sont la transmission par les piqûres de moustiques et par des moyens surnaturels.
[2] Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les hommes qui savent que l'utilisation du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et ceux qui rejettent les idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida.

On considère qu'un individuel a une connaissance complète du VIH/sida lorsqu'il sait qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, lorsqu'il rejette les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida et lorsqu'il sait qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

Dans l'ensemble, seulement 15 % des femmes peuvent être considérées comme ayant une connaissance complète sur le VIH/sida. Cette proportion de femmes varie en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques telles que l'état matrimonial des femmes, le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique. En effet, la proportion de femmes qui ont une connaissance complète est plus élevée parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (22 %) que parmi celles actuellement en union (15 %) et celles en rupture d'union (13 %). En milieu urbain, la proportion de femmes qui ont une connaissance complète des moyens de prévention et de transmission est deux fois plus élevée que celle du milieu rural (21 % contre 11 %). Au niveau des provinces, on constate que c'est parmi les femmes du Kasaï Occidental, du Kasaï Oriental, de la province Orientale et du Maniema que l'on constate les proportions les plus faibles de celles qui ont une connaissance considérée comme complète du VIH/sida (respectivement 7 %, 9 %, 11 % et 11 %).

C'est en fonction du niveau d'instruction et du niveau de vie du ménage que les écarts sont les plus importants. En effet, les proportions de femmes ayant une connaissance complète du sida varient de 8 % chez les femmes non instruites à 10 % chez celles ayant un niveau primaire, à 23 % chez celles ayant le niveau secondaire et à 44 % chez les femmes de niveau supérieur. De même, cette proportion varie de 9 % chez les femmes des ménages les plus pauvres à 26 % chez celles des ménages les plus riches.

Le tableau 14.3.2 montre que 22 % des hommes ont une connaissance complète du VIH/sida. On constate que les variations selon les caractéristiques sociodémographiques sont quasiment identiques à celles observées chez les femmes. En effet, c'est parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (28 %), les hommes du milieu urbain (28 %), les hommes les plus instruits (55 %) et parmi ceux des ménages les plus riches (35 %) que la proportion de ceux qui ont une connaissance considérée comme complète est la plus élevée. En outre, on constate, comme pour les femmes, que les provinces du Kasaï Oriental (12 %), du Kasaï Occidental (14 %), du Maniema (16 %) et la province Orientale (16 %) se caractérisent par les proportions les plus faibles d'hommes dont la connaissance du VIH/sida est considérée comme complète.

14.2 Connaissance de la Transmission de la Mère à l'Enfant

Par ailleurs, on a demandé à tous les enquêtés s'ils savaient que le virus qui cause le sida pouvait être transmis de la mère à son enfant au cours de la grossesse, pendant l'accouchement ou par l'allaitement. En outre, on leur a demandé s'ils savaient que ce risque de transmission maternelle du VIH pouvait être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse. Les résultats présentés au tableau 14.4 indiquent que chez les femmes comme chez les hommes, la possibilité de transmission maternelle n'est pas bien connue. En effet, si un peu plus de la moitié des enquêtés (55 % des femmes et 53 % des hommes) savent que le VIH peut être transmis par l'allaitement, seulement 14 % des femmes et 15 % des hommes savent que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse. Globalement, peu de femmes et d'hommes (11 % dans les deux cas) connaissent à la fois la possibilité de transmission du VIH par l'allaitement et l'existence d'un médicament qui peut réduire les risques de transmission de ce virus de la mère à son enfant.

Tableau 14.4 Connaissance de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Pourcentage de femmes et d'hommes qui savent que le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant par l'allaitement et que le risque de transmission maternelle du VIH à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère durant la grossesse selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage qui savent que :				Pourcentage qui savent que :			
	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse	Effectif de femmes	Le VIH peut être transmis en allaitant	Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse	Le VIH peut être transmis en allaitant et le risque de transmission de la mère à l'enfant peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux pendant la grossesse	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	53,1	14,7	11,0	4 304	47,7	13,5	9,9	1 858
15-19	49,1	13,2	9,5	2 030	43,6	11,4	9,3	988
20-24	56,6	16,1	12,4	2 274	52,5	15,9	10,5	869
25-29	55,6	14,3	11,0	1 655	53,9	16,3	11,7	651
30-39	57,6	14,0	11,1	2 388	58,7	16,7	12,3	1 050
40-49	54,7	11,5	9,1	1 649	56,0	16,2	10,1	757
État matrimonial								
Célibataire	51,0	15,9	11,6	2 432	45,7	14,4	10,2	1 816
A déjà eu des rapports sexuels	57,3	18,9	14,0	1 239	48,8	17,0	11,7	1 217
N'a jamais eu de rapports sexuels	44,5	12,7	9,1	1 193	39,2	9,1	7,2	600
En union	56,1	13,7	10,8	6 622	58,1	15,5	10,8	2 279
Divorcé/séparé/veuf	56,0	10,4	8,2	941	56,7	18,0	15,4	221
Actuellement enceinte								
Enceinte	56,4	12,6	11,1	1 123	na	na	na	na
Pas enceinte ou pas sûre	54,7	14,1	10,7	8 872	na	na	na	na
Milieu de résidence								
Urbain	57,7	20,0	15,2	4 540	50,0	17,8	11,7	1 890
Rural	52,4	8,9	7,0	5 455	55,0	13,1	10,1	2 426
Province								
Kinshasa	55,6	23,4	16,2	1 575	47,1	19,0	11,7	637
Bas-Congo	62,0	13,3	11,0	397	58,1	16,1	10,1	177
Bandundu	64,7	12,8	9,7	1 518	54,9	15,9	9,7	663
Équateur	41,8	10,0	8,3	1 235	51,8	17,5	14,3	571
Orientale	43,3	9,5	6,6	1 083	46,5	7,3	4,5	496
Nord-Kivu	56,5	15,3	11,5	356	49,8	21,8	12,7	126
Sud-Kivu	66,9	22,4	18,8	426	69,9	31,6	27,7	165
Maniema	47,9	13,6	9,6	314	50,8	15,8	12,3	125
Katanga	55,9	13,5	11,1	1 073	54,6	15,6	12,0	508
Kasaï Oriental	59,9	10,8	9,5	1 132	60,2	12,5	9,8	463
Kasaï Occidental	54,0	10,5	8,5	886	48,8	7,5	5,5	386
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	44,8	6,9	5,1	2 081	41,8	8,0	5,7	234
Primaire	52,8	9,8	7,8	3 851	49,8	10,4	8,2	1 262
Secondaire	62,0	20,1	15,5	3 802	54,8	15,9	10,8	2 542
Supérieur	61,0	41,3	30,3	261	57,4	36,4	26,6	278
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	50,1	8,1	6,2	1 798	50,8	11,2	8,7	769
Second	49,3	8,0	6,7	1 967	56,6	13,1	10,0	786
Moyen	52,2	9,1	7,4	2 043	50,5	12,1	9,3	999
Quatrième	63,3	17,2	13,9	1 888	58,5	17,7	11,7	806
Le plus riche	58,7	25,2	18,2	2 300	48,9	21,2	13,9	956
Ensemble 15-49 ans	54,8	13,9	10,7	9 995	52,8	15,2	10,8	4 316
Hommes 50-59 ans	na	na	na	na	52,1	14,4	10,2	441
Ensemble 15-59 ans	na	na	na	na	52,7	15,1	10,7	4 757

na = Non applicable

Les proportions de femmes qui connaissent ce moyen de transmission et l'existence de ces médicaments varient selon les caractéristiques sociodémographiques. En effet, les proportions les plus faibles sont enregistrées chez les femmes en rupture d'union et les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (respectivement 8 % et 9 %), chez les femmes du milieu rural (7 % contre 15 % chez celles du milieu urbain). On observe des écarts importants selon le niveau d'instruction. En effet, les proportions varient de 5 % parmi les femmes sans instruction à 30 % chez celles ayant un niveau supérieur. Des écarts sont aussi observés selon le niveau de bien-être économique, les proportions variant de 6 % chez les femmes des ménages les plus pauvres à 18 % chez celles des ménages les plus riches.

En ce qui concerne les hommes, c'est chez les célibataires qui n'ont jamais eu de rapports sexuels (7 %), les hommes de la province Orientale (5 %) et du Kasaï Occidental (6 %) et chez ceux qui n'ont aucune instruction (6 %) que la proportion de ceux qui connaissent la possibilité de transmission du VIH par l'allaitement maternel et l'existence de médicaments susceptibles de réduire ce risque de contamination est la plus faible.

14.3 Stigmatisation Envers les Personnes Vivant avec le VIH/Sida

Le comportement adopté face à des personnes atteintes par le VIH/sida est révélateur du niveau de perception du risque de transmission du virus, qui peut se traduire, dans la vie courante, par une stigmatisation à l'égard des personnes infectées. De même, l'attitude que la population adopte face à ceux qui ont la maladie est de nature à influencer la fréquentation des services ayant trait au VIH/sida (dépistage, soins, etc.) ou la divulgation volontaire du statut sérologique par les personnes vivant avec le VIH.

Au cours de l'EDS-RDC, on a demandé aux enquêtés quelle attitude ils adopteraient s'ils se trouvaient confrontés à certaines situations impliquant des personnes vivant avec le VIH/sida. On a défini un indicateur combiné qui évalue le niveau global de tolérance envers les personnes vivant avec le VIH/sida. Plus précisément, on leur a demandé s'ils seraient prêts à prendre soin chez eux d'un parent vivant avec le VIH/sida, s'ils achèteraient des légumes frais chez un commerçant vivant avec le VIH/sida, s'ils pensaient qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida devrait être autorisée à continuer à travailler et enfin s'ils pensaient qu'il fallait garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH/sida. Les résultats sont présentés au tableau 14.5.1 pour les femmes et au tableau 14.5.2 pour les hommes.

Il ressort du tableau 14.5.1 que sept femmes sur dix (70 %) ont déclaré qu'elles seraient prêtes à prendre soin chez elles d'un membre de la famille vivant avec le VIH. Par contre, une proportion plus faible de femmes (41 %) a répondu qu'elles pourraient acheter des légumes frais chez une personne vivant avec le VIH. En outre, 46 % des femmes pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH/sida devrait être autorisée à continuer d'enseigner. On note également que, dans l'ensemble, près de deux femmes sur cinq (37 %) ont déclaré qu'il n'était pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille atteint de VIH/sida.

Globalement, très peu de femmes (6 %) feraient preuve de tolérance dans les quatre situations citées ci-dessus. Cette attitude est variable selon les caractéristiques des femmes. Les écarts selon l'âge ne sont pas très importants mais les jeunes de 15-19 ans auraient tendance à se montrer moins tolérantes que les plus âgées si elles se trouvaient confrontées aux quatre situations évoquées ci haut (5 % contre 7 % ou plus à partir de 25 ans). Les femmes en union (7 %) se montreraient plus tolérantes que les autres femmes. Par rapport au milieu de résidence, l'indicateur de tolérance envers les personnes atteintes de sida varie très peu (7 % en milieu urbain et 6 % en milieu rural. Par contre les écarts sont relativement importants entre provinces. Ce sont les femmes du Sud-Kivu (16 %), suivies de celles de la province Orientale et du Nord-Kivu (12 %) qui se comporteraient de manière plus tolérante que celles des autres provinces (mois de 7 %). En outre, les résultats montrent de manière très nette que les comportements

sont influencés de manière importante par le niveau d'instruction et par le niveau de bien-être du ménage dans lequel vivent les enquêtés. En effet, seulement 5 % des femmes sans instruction se montreraient tolérantes dans les quatre situations citées contre 7 % parmi celles du niveau secondaire et 14 % parmi les femmes du niveau supérieur. En fonction des quintiles de bien-être, on note que la proportion de femmes tolérantes varie d'un minimum de 4 % dans le quintile le plus pauvre à 8 % dans celui le plus riche.

Tableau 14.5.1 Attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH : Femmes

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida, pourcentage exprimant des attitudes de tolérance, dans des situations déterminées, à l'égard des personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage qui :					
Caractéristique sociodémographique	Seraient prêts à s'occuper à la maison d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH et qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH	Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif de femmes ayant entendu parler du sida
Groupe d'âges						
15-24	67,2	40,2	46,3	32,5	5,1	3 903
15-19	64,0	37,3	46,6	31,0	4,7	1 820
20-24	70,0	42,8	46,1	33,8	5,5	2 083
25-29	69,8	42,2	45,2	37,6	7,6	1 557
30-39	70,6	41,1	47,9	40,9	7,0	2 229
40-49	73,6	38,3	43,9	42,4	7,5	1 516
État matrimonial						
Célibataire	69,0	46,0	51,4	26,1	5,2	2 256
A déjà eu des rapports sexuels	73,9	51,7	56,1	22,2	6,5	1 188
N'a jamais eu de rapports sexuels	63,4	39,7	46,1	30,4	3,7	1 067
En union	69,8	38,9	44,5	41,4	6,9	6 072
Divorcée/séparée/veuve	68,8	36,8	43,5	35,1	5,8	877
Milieu de résidence						
Urbain	75,2	52,8	54,6	28,8	7,0	4 435
Rural	64,3	29,0	38,2	44,7	5,9	4 771
Province						
Kinshasa	85,1	62,2	64,0	15,6	6,7	1 566
Bas-Congo	62,1	33,8	38,5	35,8	4,8	385
Bandundu	63,1	28,5	30,5	40,3	2,4	1 445
Équateur	69,2	39,8	54,7	35,7	7,1	1 049
Orientale	60,2	46,3	51,5	49,2	12,0	877
Nord-Kivu	70,1	51,6	58,8	34,8	11,6	343
Sud-Kivu	82,7	58,1	67,8	41,5	15,9	401
Maniema	67,7	34,3	44,7	52,3	6,9	268
Katanga	60,8	43,9	43,3	27,0	4,4	997
Kasaï Oriental	62,6	22,1	32,3	50,8	4,2	1 077
Kasaï Occidental	78,8	26,2	32,2	49,5	4,6	798
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	62,6	27,1	33,9	46,3	5,1	1 721
Primaire	65,7	31,0	39,5	42,0	5,8	3 494
Secondaire	75,0	52,9	55,3	29,2	6,9	3 730
Supérieur	88,7	77,6	83,3	21,5	13,8	261
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	60,0	24,5	31,6	46,3	4,1	1 559
Second	63,4	27,0	37,7	46,5	5,5	1 745
Moyen	64,2	34,3	41,1	42,2	5,6	1 804
Quatrième	71,7	44,7	47,6	37,0	8,0	1 805
Le plus riche	83,1	63,1	65,2	19,4	8,0	2 292
Ensemble 15-49 ans	69,5	40,5	46,1	37,0	6,4	9 205

Par rapport aux femmes, et quelle que soit la situation considérée, les hommes de 15-49 ans seraient, proportionnellement, plus nombreux à se comporter de manière tolérante (tableau 14.5.2). En effet, si la proportion d'hommes qui seraient prêts à s'occuper, chez eux, d'un parent vivant avec le VIH est légèrement plus élevée que celle des femmes (72 % contre 70 %), les écarts entre hommes et femmes,

Tableau 14.5.2 Attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH : Hommes

Parmi les hommes de 15-49 ans ayant entendu parler du sida, pourcentage exprimant des attitudes de tolérance, dans des situations déterminées, à l'égard des personnes vivant avec le VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage qui :					
Caractéristique sociodémographique	Seraient prêts à s'occuper à la maison d'un parent vivant avec le VIH	Achèteraient des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH	Pensent qu'une enseignante vivant avec le VIH et qui n'est pas malade devrait être autorisée à continuer d'enseigner	Pensent qu'il n'est pas nécessaire de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH	Pourcentage exprimant les quatre attitudes de tolérance	Effectif d'hommes ayant entendu parler du sida
Groupe d'âges						
15-24	70,1	47,7	50,9	37,1	8,0	1 773
15-19	66,8	45,1	47,7	31,7	5,0	922
20-24	73,7	50,6	54,4	43,1	11,3	851
25-29	70,6	54,3	51,0	48,0	10,9	646
30-39	76,0	51,7	50,4	50,8	14,6	1 036
40-49	74,2	50,2	50,5	56,1	13,2	741
État matrimonial						
Célibataire	71,2	50,1	51,6	35,5	7,8	1 734
A déjà eu des rapports sexuels	73,5	53,5	55,3	35,5	9,0	1 181
N'a jamais eu de rapports sexuels	66,5	42,9	43,6	35,5	5,2	553
En union	73,0	50,4	50,3	53,2	13,0	2 245
Divorcé/séparé/veuf	75,5	48,8	48,2	46,3	15,2	217
Milieu de résidence						
Urbain	78,0	62,3	55,4	38,4	11,8	1 885
Rural	67,8	40,3	46,9	51,4	10,3	2 311
Province						
Kinshasa	84,8	68,4	62,5	31,4	12,5	637
Bas-Congo	60,1	48,9	42,7	47,2	9,3	173
Bandundu	63,1	36,9	36,9	52,7	6,2	656
Équateur	73,6	57,6	61,9	46,4	16,9	543
Orientale	65,1	51,5	61,2	53,7	18,9	465
Nord-Kivu	80,9	66,7	60,1	39,5	14,5	124
Sud-Kivu	86,0	69,5	67,3	47,5	15,8	159
Maniema	67,1	42,2	46,3	62,2	11,4	115
Katanga	70,6	56,3	52,3	29,4	7,9	498
Kasaï Oriental	73,0	30,9	34,8	51,2	4,6	453
Kasaï Occidental	75,1	35,0	38,0	55,7	7,7	374
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	58,9	38,9	38,2	48,3	7,1	213
Primaire	68,2	39,9	45,4	45,1	10,4	1 205
Secondaire	73,2	52,4	51,1	46,5	9,9	2 500
Supérieur	93,2	83,3	80,0	36,5	26,1	278
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	64,5	33,7	37,2	53,5	8,2	735
Second	63,2	39,1	46,8	56,0	13,0	757
Moyen	66,9	42,4	50,0	52,3	10,3	956
Quatrième	78,0	60,0	50,2	38,4	9,2	792
Le plus riche	86,6	71,3	65,4	30,3	13,6	956
Ensemble 15-49 ans	72,4	50,2	50,7	45,5	11,0	4 196
Hommes 50-59 ans	76,3	45,5	48,2	46,9	10,6	418
Ensemble 15-59 ans	72,7	49,8	50,5	45,7	11,0	4 613

dans les attitudes positives, s'accentuent lorsqu'il s'agit d'acheter des légumes frais à un commerçant vivant avec le VIH (50 % chez les hommes contre 41 % chez les femmes) ou de garder secret l'état d'un membre de la famille vivant avec le VIH (46 % chez les hommes contre 37 % chez les femmes). Lorsqu'on considère globalement les quatre attitudes de tolérance étudiées, il apparaît clairement que les hommes seraient plus tolérants que les femmes (11 % contre 6 %), s'ils se trouvaient confrontés à ces situations.

Le tableau 14.5.2 montre également que, comme chez les femmes, le niveau de tolérance est positivement associé au niveau d'instruction et au niveau de bien-être économique des ménages. C'est également dans ces catégories d'hommes et de femmes que l'on a constaté les niveaux de connaissance des moyens de prévention du virus les plus élevés.

Il semble donc que les attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH sont, chez les femmes comme chez les hommes, plus fréquentes parmi ceux qui possèdent les informations correctes sur le VIH/sida que chez les autres

14.4 OPINIONS

14.4.1 Négociation de rapports sexuels protégés avec le mari/partenaire

La promotion des comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler la propagation du VIH/sida. De plus, étant donné que les femmes sont plus vulnérables au VIH/sida que les hommes, il est important de savoir si elles sont en mesure de refuser des rapports sexuels à risques avec leur mari/partenaire. Au cours de l'enquête EDS-RDC, on a demandé aux femmes si elles pensaient que dans un couple où le mari/partenaire avait une Infection Sexuellement Transmissible (IST), la femme pouvait, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit lui demander d'utiliser un condom. Les résultats sont présentés au tableau 14.6.

Dans l'ensemble, 68 % des femmes pensent qu'il est normal, dans le cas où le mari/partenaire a une IST, qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui. Une proportion plus faible (54 %) considère qu'il est normal, dans ce cas, qu'une femme demande l'utilisation d'un condom au cours des rapports sexuels. Globalement, 79 % des femmes pensent qu'il est justifié que, dans une telle circonstance, une femme cherche à se protéger en ayant recours à l'un ou l'autre de ces deux comportements sécuritaires.

Cette proportion varie en fonction des caractéristiques sociodémographiques telles que l'état matrimonial, le milieu de résidence et le niveau d'instruction.

Tableau 14.6 Opinions sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui pensent que si le mari a une IST, sa femme peut, soit refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, soit lui proposer l'utilisation d'un condom, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Refuser les rapports sexuels	Demander l'utilisation du condom	Refuser les rapports sexuels ou demander l'utilisation du condom	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-24	63,8	53,2	75,5	4 304
15-19	59,1	47,1	70,2	2 030
20-24	67,9	58,6	80,3	2 274
25-29	72,0	60,7	84,9	1 655
30-39	70,6	55,0	82,1	2 388
40-49	68,1	47,8	78,5	1 649
État matrimonial				
Célibataire	64,9	57,1	75,7	2 432
A déjà eu des rapports sexuels	75,3	68,5	86,5	1 239
N'a jamais eu de rapports sexuels	54,1	45,2	64,4	1 193
En union	68,3	52,7	80,4	6 622
Divorcée/séparée/veuve	68,5	55,0	79,2	941
Milieu de résidence				
Urbain	72,1	63,6	83,9	4 540
Rural	63,7	46,0	75,2	5 455
Province				
Kinshasa	79,7	74,0	90,3	1 575
Bas-Congo	67,0	58,4	79,4	397
Bandundu	64,9	56,6	81,0	1 518
Équateur	65,3	43,4	74,0	1 235
Orientale	64,1	44,3	77,0	1 083
Nord-Kivu	71,4	59,5	83,9	356
Sud-Kivu	68,1	50,9	81,3	426
Maniema	66,8	45,2	74,4	314
Katanga	69,0	51,4	78,7	1 073
Kasaï Oriental	62,4	51,7	73,3	1 132
Kasaï Occidental	60,5	47,1	72,5	886
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	59,7	39,0	71,1	2 081
Primaire	62,8	46,8	74,5	3 851
Secondaire	75,5	67,2	87,2	3 802
Supérieur	81,9	86,8	95,5	261
Ensemble 15-49 ans	67,5	54,0	79,2	9 995

na = Non applicable

On constate, en effet, des écarts entre, d'une part les femmes célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels et celles n'en ayant jamais eu (87 % contre 64 %) et d'autre part, entre les femmes actuellement en union et celles en rupture d'union par rapport aux célibataires, ces dernières semblant être moins favorables à l'adoption par les femmes des mesures de protection quand le mari/partenaire a une IST (respectivement 80 % et 79 % contre 76 %). En outre, la proportion de femmes qui considèrent normal qu'une femme prenne certaines mesures de protection quand le mari/partenaire a une IST est beaucoup plus faible en milieu rural par rapport au milieu urbain (75 % contre 84 %). Alors que cette proportion est de 90 % à Kinshasa et de 84 % au Nord-Kivu, elle n'est que de 73 % dans les deux Kasaï et de 74 % à l'Équateur et au Maniema. Par ailleurs, on remarque que le niveau d'instruction influence l'opinion des femmes. En effet, la proportion de femmes favorables à l'adoption de mesures de protection par les femmes augmente avec le niveau d'instruction, passant de 71 % parmi celles sans instruction à 87 % parmi celles ayant un niveau secondaire et à 96 % parmi celles ayant le niveau supérieur.

14.4.2 Enseignement de l'utilisation du condom aux jeunes

Le tableau 14.7 présente les proportions de femmes et d'hommes de 18-49 ans qui pensent que l'on devrait enseigner l'utilisation du condom, en tant que moyen de prévention, aux jeunes de 12-14 ans. Globalement, la proportion d'hommes favorables à l'enseignement de l'utilisation du condom aux jeunes de 12-14 ans est plus élevée que celle des femmes (58 % contre 45 %).

Tableau 14.7 Adultes favorables à l'enseignement de l'utilisation du condom en tant que moyen de prévention du sida

Pourcentage de femmes et d'hommes de 18-49 ans qui pensent que l'on devrait enseigner aux jeunes de 12-14 ans, l'utilisation du condom comme moyen de prévention du sida, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage qui sont d'accord	Effectif de femmes	Pourcentage qui sont d'accord	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
18-24	47,4	3 108	59,7	1 235
18-19	46,0	834	56,5	366
20-24	48,0	2 274	61,0	869
25-29	48,4	1 655	62,2	651
30-39	42,4	2 388	57,3	1 050
40-49	39,0	1 649	51,7	757
État matrimonial				
Célibataire	54,4	1 417	62,9	1 216
En union	42,3	6 462	54,8	2 264
Divorcé/séparé/veuf	46,8	920	60,6	214
Milieu de résidence				
Urbain	50,1	3 890	60,2	1 612
Rural	40,4	4 909	56,0	2 082
Province				
Kinshasa	63,0	1 356	68,7	543
Bas-Congo	53,8	355	59,7	157
Bandundu	52,3	1 354	63,5	559
Équateur	48,0	1 111	66,7	489
Orientale	34,9	972	51,2	436
Nord-Kivu	51,6	307	60,4	106
Sud-Kivu	38,8	376	54,2	136
Maniema	41,8	281	54,4	115
Katanga	30,4	934	50,6	430
Kasaï Oriental	30,1	969	43,2	399
Kasaï Occidental	39,5	784	53,6	325
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	31,3	1 945	63,6	207
Primaire	40,1	3 324	53,1	968
Secondaire	55,7	3 272	57,7	2 240
Supérieur	66,0	258	70,3	278
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	36,2	1 628	55,6	678
Second	40,3	1 770	53,4	687
Moyen	41,9	1 821	55,3	840
Quatrième	46,4	1 644	59,9	682
Le plus riche	57,1	1 936	64,3	807
Ensemble 18-49 ans	44,7	8 799	57,8	3 694
Hommes 50-59 ans	na	na	41,8	441
Ensemble 18-59 ans	na	na	56,1	4 135

na = Non applicable

Cette proportion varie avec les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés. Chez les femmes comme chez les hommes, les écarts les plus importants sont observés en fonction du niveau d'instruction et du quintile de bien-être dans lequel est classé le ménage. En effet, si 66 % des femmes et

70 % des hommes les plus instruits sont favorables à cette mesure, cette proportion n'est que respectivement de 31 % et 64 % parmi ceux sans instruction. De même, dans les ménages les plus riches, 57 % des femmes et 64 % des hommes se sont déclarés favorables à cet enseignement contre 36 % et 56 % parmi celles et ceux du quintile le plus pauvre. L'observation de ces résultats montre aussi que les pourcentages de personnes qui sont d'accord diminuent avec l'âge, à partir de 30 ans.

On peut aussi signaler que cette opinion est influencée par l'état matrimonial. Les célibataires, femmes ou hommes, y seraient plus favorables que les autres (respectivement 54 % et 63 % des célibataires contre respectivement 42 % et 55 % de ceux en union). Les résultats selon le milieu de résidence font surtout apparaître, chez les femmes, un écart important entre Kinshasa (63 %) et les provinces du Kasaï Oriental et du Katanga (30 %), les autres provinces se situant entre 35 % dans la province Orientale et 54 % au Bas-Congo. Chez les hommes, c'est dans le Kasaï Oriental que la proportion de ceux qui seraient favorables à cette mesure est la plus faible (43 % contre un maximum de 69 % à Kinshasa).

14.5 Rapports Sexuels à Hauts Risques et Utilisation du Condom

La multiplicité des partenaires sexuels augmente le risque de contracter une IST et le VIH/sida, en particulier dans les groupes de population où l'utilisation du condom ou préservatif comme moyen de prévention est faible. Le tableau 14.8.1 présente, parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, la proportion de celles qui ont eu au moins 2 partenaires sexuels et le pourcentage de celles qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques.

Peu de femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois (4 %) ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec deux partenaires ou plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion atteint 10 % parmi les célibataires et 14 % parmi les femmes en rupture d'union. De même, on note que ces rapports sexuels avec des partenaires multiples ont été plus fréquents parmi les jeunes femmes de 15-19 ans (7 %). Elle est également plus élevée en milieu rural (5 %) qu'en milieu urbain (3 %) et parmi les femmes du Nord-Kivu (9 %), du Sud-Kivu (8 %) et de la province Orientale (7 %) que parmi les autres. La proportion de femmes qui ont eu des rapports sexuels avec deux partenaires ou plus au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ne varie pas beaucoup selon le niveau d'instruction ni selon le niveau de bien-être économique.

Parmi ces femmes ayant eu des rapports sexuels avec deux partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois, 8 % ont indiqué avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Du fait de la faiblesse des effectifs, il est difficile de commenter les variations de ces proportions selon les caractéristiques sociodémographiques.

Les rapports sexuels sont considérés à hauts risques lorsqu'ils ont lieu avec des partenaires extraconjugaux et non cohabitants. Le tableau 14.8.1 montre que parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, 19 % ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Cette proportion atteint 98 % parmi les célibataires. Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où, par définition, les célibataires ont des rapports sexuels avec des partenaires extraconjugaux et non cohabitants. Il en est de même des jeunes de 15-19 ans qui sont, en majorité, des jeunes filles encore célibataires. Dans cette catégorie, 55 % ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Parmi les femmes en rupture d'union, deux sur trois (66 %) ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Les rapports sexuels à hauts risques ont été aussi plus fréquents parmi les femmes du milieu urbain (23 % contre 16 % en milieu rural), celles de Kinshasa (37 % contre moins de 24 % dans les autres provinces), et celles ayant un niveau d'instruction supérieur (53 % contre 12 % chez les femmes sans instruction). On constate en outre, que parmi les femmes vivant dans un ménage du quintile le plus riche, la proportion ayant eu des rapports sexuels à hauts risques est nettement plus élevée que dans les autres quintiles (31 % contre 18 % au plus dans les autres quintiles).

Tableau 14.8.1 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Femmes

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et pourcentage qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois ; parmi les femmes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels ; parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques ; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Parmi toutes les femmes :		Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois :			Parmi les femmes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois :		Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques[1]	Effectif	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif
Groupe d'âges											
15-24	3,3	4 304	5,3	34,5	2 712	8,6	144	17,1	936	2,3	3 072
15-19	3,0	2 030	6,6	55,0	931	7,1	61	12,5	512	2,1	1 037
20-24	3,6	2 274	4,7	23,8	1 780	9,6	83	22,8	425	2,5	2 035
25-29	2,8	1 655	3,2	13,9	1 434	7,2	46	15,2	201	2,9	1 578
30-39	2,6	2 388	3,1	8,4	2 049	9,1	63	15,8	172	2,8	2 263
40-49	2,6	1 649	3,3	9,1	1 294	(3,4)	42	14,4	118	3,4	1 543
État matrimonial											
Célibataire	4,0	2 432	10,3	98,1	943	11,5	97	17,6	928	2,9	1 224
En union	2,0	6 622	2,2	3,1	6 075	4,3	134	14,9	190	2,6	6 364
Divorcée/séparée/veuve	6,8	941	13,7	65,8	470	9,2	64	13,9	309	3,8	869
Milieu de résidence											
Urbain	2,2	4 540	3,1	22,6	3 228	15,6	99	21,3	731	2,4	3 678
Rural	3,6	5 455	4,6	16,3	4 259	3,7	196	11,4	696	3,1	4 778
Province											
Kinshasa	2,6	1 575	3,8	36,7	1 072	(14,2)	41	21,9	395	2,5	1 302
Bas-Congo	2,1	397	2,7	20,8	314	*	8	15,0	65	2,4	365
Bandundu	1,6	1 518	2,1	23,4	1 168	*	24	18,5	273	2,9	1 350
Équateur	3,7	1 235	4,5	18,3	999	(0,0)	45	8,7	184	4,0	1 060
Orientale	5,6	1 084	6,8	17,3	893	(7,2)	61	8,7	155	4,7	944
Nord-Kivu	6,9	356	9,2	19,0	266	(10,1)	24	29,7	51	2,7	293
Sud-Kivu	6,2	426	8,0	20,4	330	*	27	17,1	67	2,1	356
Maniema	4,5	315	6,1	12,9	230	(29,7)	14	25,1	30	2,2	272
Katanga	2,8	1 073	3,9	15,3	776	(1,2)	30	9,5	119	2,1	894
Kasaï Oriental	0,7	1 132	1,0	5,3	800	*	8	(19,9)	42	1,5	885
Kasaï Occidental	1,5	886	2,1	7,4	641	*	14	(11,6)	47	1,9	736
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	3,9	2 081	5,0	12,0	1 621	4,6	81	6,0	194	2,8	1 848
Primaire	2,9	3 852	3,7	15,8	2 995	3,2	111	9,9	474	2,9	3 297
Secondaire	2,5	3 802	3,5	24,6	2 695	12,7	95	22,7	667	2,6	3 096
Supérieur	3,2	261	4,8	52,7	176	*	8	27,8	93	2,7	215
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	3,4	1 798	4,5	18,1	1 362	0,2	62	8,3	246	3,2	1 588
Second	3,5	1 967	4,4	14,2	1 580	4,1	69	10,7	225	3,1	1 740
Moyen	2,7	2 043	3,4	15,5	1 602	6,2	55	15,3	249	2,8	1 738
Quatrième	2,7	1 888	3,6	16,7	1 413	16,2	51	17,9	237	2,4	1 575
Le plus riche	2,6	2 300	3,8	30,6	1 530	13,9	59	23,5	470	2,3	1 815
Ensemble 15-49 ans	3,0	9 995	3,9	19,0	7 488	7,7	296	16,5	1 427	2,8	8 456

[1] Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Tableau 14.8.2 Partenaires sexuels multiples et rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois : Hommes

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ; parmi les hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et pourcentage qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois ; parmi les hommes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels ; parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques ; et nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Parmi tous les hommes :		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois :			Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois :		Parmi les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels :	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif	Pourcentage ayant eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques[1]	Effectif	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif
Groupe d'âges											
15-24	14,3	1 858	24,4	81,8	1 087	22,3	265	26,9	906	5,8	1 240
15-19	9,8	988	23,0	92,8	420	27,7	97	21,9	402	3,7	492
20-24	19,4	869	25,3	74,9	667	19,1	169	31,0	504	7,2	748
25-29	21,7	651	24,6	43,8	575	23,1	141	28,3	257	8,7	583
30-39	17,2	1 050	18,5	22,4	974	7,2	181	28,2	219	12,5	903
40-49	16,3	758	18,1	13,8	685	7,2	124	18,6	96	12,8	644
État matrimonial											
Célibataire	14,5	1 816	26,5	97,3	990	31,4	263	27,7	981	6,1	1 188
En union	18,8	2 279	19,6	17,0	2 188	6,0	428	30,0	374	10,8	1 983
Divorcé/séparé/veuf	9,1	221	14,1	82,7	142	(27,0)	20	10,1	124	15,8	200
Milieu de résidence											
Urbain	15,0	1 890	20,3	48,8	1 394	29,2	283	37,6	687	8,6	1 442
Rural	17,6	2 426	22,2	40,1	1 927	7,2	428	17,4	791	10,0	1 928
Province											
Kinshasa	15,6	637	21,9	57,7	452	30,7	99	38,1	264	8,5	488
Bas-Congo	13,6	177	16,6	38,8	145	(31,3)	24	34,1	56	7,1	150
Bandundu	13,9	664	18,2	48,5	505	22,9	92	36,4	245	7,2	547
Équateur	23,5	571	27,9	46,0	481	3,3	134	12,3	221	14,8	452
Orientale	18,7	496	22,9	37,1	405	3,9	93	10,4	151	12,6	376
Nord-Kivu	17,7	126	22,2	42,4	100	14,1	22	27,3	42	9,6	108
Sud-Kivu	21,4	165	25,6	53,4	138	(13,2)	35	37,9	77	8,2	133
Maniema	24,9	125	31,6	48,7	98	18,0	31	32,4	49	10,9	98
Katanga	20,2	508	26,4	45,2	389	26,3	102	30,7	179	7,4	409
Kasaï Oriental	8,2	463	11,1	24,7	339	(6,0)	38	18,3	94	5,4	327
Kasaï Occidental	10,5	387	15,0	36,1	270	(10,2)	41	16,0	100	11,6	281
Niveau d'instruction											
Aucune instruction	16,7	234	20,6	45,8	189	(1,0)	39	20,6	87	7,9	182
Primaire	17,6	1 262	23,6	41,5	942	7,2	223	13,9	399	9,2	925
Secondaire	15,8	2 542	20,6	44,2	1 952	19,1	402	30,9	881	9,6	2 026
Supérieur	17,2	278	20,1	47,2	238	43,0	48	45,4	113	10,2	238
Quintile de bien-être économique											
Le plus pauvre	19,9	769	25,5	41,5	600	4,1	153	12,3	250	9,7	620
Second	19,2	786	24,1	37,4	626	3,2	151	10,1	237	10,8	615
Moyen	13,2	999	17,1	38,0	771	14,6	132	20,7	305	10,1	770
Quatrième	15,5	806	19,7	46,1	636	21,7	125	39,8	299	8,5	645
Le plus riche	15,8	956	21,9	55,9	689	37,3	151	41,2	388	8,3	720
Ensemble 15-49 ans	16,5	4 316	21,4	43,8	3 321	16,0	711	26,8	1 478	9,4	3 370
Hommes 50-59 ans	16,8	441	19,1	6,2	386	0,0	74	(10,8)	25	15,7	376
Ensemble 15-59 ans	16,5	4 757	21,2	39,9	3 707	14,5	785	26,6	1 503	10,1	3 746

[1] Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Parmi ces femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques, 17 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques. L'utilisation du condom a été plus faible parmi les femmes de 15-19 ans (13 %), celles du milieu rural (11 %), celle de l'Équateur et de la province Orientale (9 %), parmi les femmes sans instruction (6 %) et parmi celles vivant dans les ménages les plus pauvres (8 %). Le tableau 14.8.1 fournit également le nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie. Celui-ci s'établit à 2,8 et il est plus élevé parmi les femmes en rupture d'union (3,8) et parmi celles de l'Équateur (4,0) et de la province Orientale (4,7) que parmi les autres femmes.

Le tableau 14.8.2 présente les résultats concernant les hommes. On constate que, parmi les hommes de 15-49 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, une proportion beaucoup plus élevée que celle des femmes a eu, au moins, deux partenaires sexuelles (21 % contre 4 %). Cette proportion est plus élevée parmi les jeunes adultes de 20 à 29 ans que parmi les autres (25 % contre moins de 20 % à partir de 30 %). De même, le multipartenariat est plus fréquent parmi les célibataires (27 % contre 20 % chez les hommes en union), parmi ceux du milieu rural (22 % contre 20 % en milieu urbain), parmi ceux du Maniema (32 %), parmi les hommes ayant le niveau primaire (24 %) et parmi ceux vivant dans les ménages les plus pauvres (26 %) que parmi les autres.

Parmi ces hommes ayant eu au moins deux partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois, 16 % ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. Les résultats selon l'âge montrent que c'est parmi les adultes de 30 ans et plus que l'utilisation du condom a été la plus faible (7 %).

En outre, parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, plus de quatre sur dix (44 %) ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Pour les mêmes raisons que celles déjà évoquées pour les femmes, les proportions de célibataires et de jeunes de 15-19 ans qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques sont très élevées (respectivement 97 % et 93 %).

Par rapport au niveau d'instruction, on remarque que c'est parmi les moins instruits et les plus instruits que la proportion de ceux qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques est la plus élevée, les proportions étant de 46 % parmi les hommes sans instruction et 47 % parmi les plus instruits, contre 42 % parmi les hommes ayant le niveau primaire. En fonction des quintiles de bien-être, on observe que la proportion d'hommes qui ont eu des rapports à hauts risques est plus élevée dans les ménages les plus riches : 46 % des hommes du quatrième quintile et 56 % de ceux du cinquième quintile contre un minimum de 37 % dans le second. Les résultats font également apparaître une proportion d'hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (49 % contre 40 %). Les résultats selon les provinces mettent en évidence des proportions élevées d'hommes ayant eu des partenaires multiples dans la ville province de Kinshasa et la province du Sud-Kivu (respectivement 58 % et 53 % contre un minimum de 25 % au Kasaï Oriental).

Par ailleurs, le tableau 14.8.2 indique également que parmi les hommes qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, 27 % ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques. Parmi les hommes de 40-49 ans (19 %), parmi ceux en rupture d'union (10 %), ceux du milieu rural (17 % contre 38 % pour les hommes du milieu urbain), parmi les hommes de la province Orientale (10 %), de l'Équateur (12 %) ainsi que parmi ceux ayant le niveau primaire (14 % contre 45 % pour ceux qui ont le niveau supérieur), cette proportion est plus faible qu'ailleurs.

Le nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie s'établit à 9,4 pour les hommes de 15-49 ans et il est beaucoup plus élevé que celui observé chez les femmes (2,8). Ce nombre moyen varie de manière importante en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Tout d'abord, on note des écarts selon l'âge, ce nombre moyen variant d'un minimum de 3,7 parmi ceux de 15-19 ans à un maximum de 12,8 parmi les plus âgés. On note des variations importantes en fonction de l'état matrimonial : si les célibataires n'ont eu, en moyenne, que 6,1 partenaires sexuelles sur la durée de vie, ce

nombre moyen s'établit à 10,8 parmi les hommes en union et c'est parmi ceux en rupture d'union qu'il est le plus élevé (15,8). On constate également que les hommes du milieu rural ont eu, en moyenne, un nombre de partenaires sexuelles plus élevé que ceux du milieu urbain (10,0 contre 8,6). Dans les provinces, ce nombre moyen de partenaires varie d'un maximum de 14,8 à l'Équateur et de 12,6 dans la province Orientale à un minimum de 5,4 au Kasaï Oriental. Enfin, les résultats montrent que le multipartenariat est plus fréquent parmi les hommes instruits que parmi ceux sans instruction (au moins 9,2 parmi les instruits contre 7,9 parmi ceux sans instruction) et parmi ceux vivant dans un ménage du second quintile et du quintile moyen (respectivement 10,8 et 10,1 contre un minimum de 8,3 dans le quintile le plus riche).

Le tableau 14.9 présente les résultats de l'enquête concernant les rapports sexuels payants. Les rapports sexuels payants sont considérés comme étant des rapports sexuels à hauts risques. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux hommes de 15-49 ans s'ils avaient eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois.

Dans l'ensemble, un homme de 15-49 ans sur dix a répondu de manière affirmative à cette question (10 %). Selon l'âge, les proportions d'hommes qui ont eu des rapports sexuels payants au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête sont plus élevées parmi les jeunes adultes de 20-24 ans (14 %) et de 25-29 ans (11 %) que parmi les autres. Ces proportions sont également élevées parmi les divorcés, séparés ou veufs (19 % contre 11 % pour les célibataires), parmi les hommes sans instruction (13 %) et parmi ceux qui résident au Maniema (22 %).

Aux hommes qui avaient eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois, on a également demandé si un condom avait été utilisé au cours de ces derniers rapports sexuels payants. Les résultats indiquent que 26 % des hommes ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de ces rapports sexuels. Les plus faibles taux d'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels payants sont observés chez les hommes de 40-49 ans (14 %) et chez ceux vivant en milieu rural (15 % contre 42 % parmi les hommes vivant en milieu urbain). Du fait de faibles effectifs d'hommes ayant eu des rapports sexuels payants, il est difficile de commenter les écarts d'utilisation du condom selon la province de résidence et le niveau d'instruction. On constate que le taux d'utilisation du condom au cours des rapports sexuels payants augmente avec le niveau de bien-être économique du ménage.

Tableau 14.9 Rapports sexuels payants et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels payants

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois et parmi eux, pourcentage ayant utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des rapports sexuels payants, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois		Utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels payants	
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels payants	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom	Effectif d'hommes ayant eu des rapports sexuels payants au cours des 12 derniers mois
Groupe d'âges				
15-24	11,0	1 858	23,3	204
15-19	8,3	988	21,1	82
20-24	13,9	869	24,8	121
25-29	11,1	651	37,2	72
30-39	9,5	1 050	28,0	99
40-49	4,5	757	14,3	34
État matrimonial				
Célibataire	10,8	1 816	27,2	197
En union	7,5	2 279	28,1	171
Divorcé/séparé/veuf	19,0	221	(13,1)	42
Milieu de résidence				
Urbain	9,0	1 890	42,3	170
Rural	9,9	2 426	14,6	240
Province				
Kinshasa	4,7	637	(60,8)	30
Bas-Congo	6,7	177	*	12
Bandundu	2,6	663	*	17
Équateur	13,7	571	18,9	78
Orientale	12,0	496	(7,7)	59
Nord-Kivu	13,2	126	(31,6)	17
Sud-Kivu	11,8	165	(59,8)	19
Maniema	21,8	125	31,4	27
Katanga	14,6	508	28,5	74
Kasaï Oriental	6,8	463	*	32
Kasaï Occidental	11,2	386	(20,3)	43
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	13,0	234	(16,2)	30
Primaire	11,4	1 262	11,4	144
Secondaire	8,9	2 542	35,5	226
Supérieur	3,5	278	*	10
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	11,2	769	5,0	86
Second	10,1	786	7,6	80
Moyen	9,7	999	22,7	97
Quatrième	10,3	806	44,6	83
Le plus riche	6,7	956	58,9	64
Ensemble 15-49 ans	9,5	4 316	26,1	410
Hommes 50-59 ans	1,8	441	*	8
Ensemble 15-59 ans	8,8	4 757	26,0	418

* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.6 Test du VIH antérieur à l'enquête

La connaissance du statut sérologique peut contribuer à limiter la propagation du VIH car elle permet aux personnes de se protéger et de protéger leur partenaire. Au cours de l'EDS-RDC, on a donc demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH, et dans l'affirmative, s'ils avaient reçu les résultats de leur test. Aux personnes qui n'avaient jamais effectué de test de dépistage du VIH, on a demandé si elles connaissaient un endroit où elles pouvaient effectuer un test du VIH. Les tableaux 14.10.1 et 14.10.2 présentent les réponses à ces questions, pour les femmes et les hommes.

Près de deux femmes sur cinq (37 %) ont déclaré connaître un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH. Les femmes qui connaissent un tel endroit sont, proportionnellement, moins nombreuses parmi les femmes du milieu rural que parmi celles du milieu urbain (22 % contre 55 %). Alors que dans la ville de Kinshasa et dans les provinces du Sud et du Nord-Kivu, plus de cinq femmes sur dix (respectivement 67 %, 60 % et 54 %) connaissent un endroit où elles peuvent effectuer un test du VIH, ces proportions ne sont que de 21 % au Bandundu et de 20 % dans la province Orientale. La connaissance d'un endroit où effectuer un test du VIH augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente. Il en est de même en ce qui concerne le niveau de bien-être économique du ménage.

Les données du tableau 14.10.1 indiquent également que neuf femmes sur dix (90 %) n'ont jamais effectué un test du VIH. Cette proportion est très élevée parmi les jeunes de 15-19 ans (95 %), en milieu rural (96 %), parmi les femmes résidant dans la province de Bandundu (97 %), parmi celles sans instruction (98 %) et parmi celles du quintile de bien-être économique le plus pauvre (98 %).

La proportion de femmes qui ont effectué un test du VIH et qui en ont reçu les résultats est de 9 %. Elle varie de manière importante selon certaines caractéristiques sociodémographiques. En effet, ce sont les femmes âgées de 25 à 39 ans qui sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir effectué le test du VIH et reçu les résultats (12 %). En outre, 16 % des femmes du milieu urbain ont déjà effectué un test de dépistage et ont eu connaissance des résultats. Cette proportion n'est que de 3 % en milieu rural. Les résultats selon le niveau d'instruction et le niveau socio-économique du ménage font apparaître des écarts tout aussi importants : seulement 2 % des femmes sans instruction contre 15 % parmi celles ayant le niveau secondaire et 39 % parmi les femmes ayant le niveau supérieur ont déjà effectué un test du VIH et ont eu connaissance des résultats ; entre le quintile le plus pauvre et le plus riche, cette proportion varie de 1 % à 22 %. Entre les provinces, on note également des disparités : à Kinshasa, 23 % des femmes connaissent leur statut sérologique. La proportion de femmes qui ont fait le test et ont reçu le résultat est de 12 % dans la province du Nord-Kivu et elle atteint 18 % dans celle du Sud Kivu. Enfin, c'est également dans ces catégories de femmes que l'on observe les proportions les plus élevées de celles qui ont effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont reçu les résultats du dernier test.

Tableau 14.10.1 Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats : Femmes

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent où se rendre pour effectuer un test du VIH, répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon qu'elles ont effectué, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test; pourcentage de femmes ayant déjà effectué un test et pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant reçu les résultats la dernière fois qu'elles ont effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui savent où aller pour effectuer un test du VIH	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont effectué ou non un test du VIH et selon qu'elles ont reçu ou non les résultats			Total	Pourcentage ayant effectué un test	Pourcentage ayant reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes
		A effectué un test et a reçu les résultats	A effectué un test et n'a pas reçu les résultats	N'a jamais effectué de test[1]				
Groupe d'âges								
15-24	34,2	6,2	1,3	92,5	100,0	7,5	3,4	4 304
15-19	30,4	3,8	1,0	95,2	100,0	4,8	2,3	2 030
20-24	37,6	8,5	1,5	90,0	100,0	10,0	4,5	2 274
25-29	40,1	11,8	2,2	86,0	100,0	14,0	6,0	1 655
30-39	41,5	11,8	1,5	86,7	100,0	13,3	5,0	2 388
40-49	34,3	6,8	0,5	92,7	100,0	7,3	2,5	1 649
État matrimonial								
Célibataire	40,4	7,0	0,9	92,1	100,0	7,9	3,6	2 432
A déjà eu des rapports sexuels	47,5	11,4	1,2	87,4	100,0	12,6	5,8	1 239
N'a jamais eu de rapports sexuels	32,9	2,4	0,5	97,1	100,0	2,9	1,3	1 193
En union	35,8	9,0	1,6	89,4	100,0	10,6	4,0	6 622
Divorcée/séparée/veuve	35,6	9,9	0,7	89,3	100,0	10,7	5,4	941
Milieu de résidence								
Urbain	55,0	15,5	2,0	82,5	100,0	17,5	7,3	4 540
Rural	21,9	2,9	0,8	96,3	100,0	3,7	1,4	5 455
Province								
Kinshasa	67,1	22,8	2,8	74,4	100,0	25,6	9,3	1 575
Bas-Congo	43,8	9,9	1,9	88,2	100,0	11,8	3,3	397
Bandundu	21,1	2,5	0,2	97,3	100,0	2,7	1,0	1 518
Équateur	23,5	4,1	1,1	94,8	100,0	5,2	2,2	1 235
Orientale	20,0	5,0	1,0	94,0	100,0	6,0	3,0	1 083
Nord-Kivu	54,2	11,7	2,3	86,0	100,0	14,0	5,7	356
Sud-Kivu	59,6	18,0	5,1	77,0	100,0	23,0	10,1	426
Maniema	31,4	4,7	0,9	94,3	100,0	5,7	3,2	314
Katanga	45,9	7,3	0,9	91,9	100,0	8,1	4,2	1 073
Kasaï Oriental	30,3	6,1	0,5	93,3	100,0	6,7	3,0	1 132
Kasaï Occidental	28,3	4,1	0,9	95,0	100,0	5,0	2,3	886
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	15,9	2,1	0,3	97,6	100,0	2,4	1,0	2 081
Primaire	24,6	4,2	1,0	94,8	100,0	5,2	1,9	3 851
Secondaire	57,0	14,5	2,3	83,2	100,0	16,8	7,1	3 802
Supérieur	93,4	38,5	1,0	60,5	100,0	39,5	16,3	261
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	17,8	1,4	0,3	98,4	100,0	1,6	0,8	1 798
Second	18,7	2,8	0,5	96,7	100,0	3,3	1,0	1 967
Moyen	26,3	4,1	1,2	94,7	100,0	5,3	2,3	2 043
Quatrième	46,2	9,8	2,1	88,1	100,0	11,9	5,4	1 888
Le plus riche	69,3	22,3	2,5	75,3	100,0	24,7	9,7	2 300
Ensemble 15-49 ans	36,9	8,6	1,3	90,1	100,0	9,9	4,1	9 995

[1] Y compris les non déterminés

Tableau 14.10.2 Population ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats : Hommes

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui savent où se rendre pour effectuer un test du VIH, répartition (en %) des hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont, ou non, effectué un test du VIH et selon qu'ils ont, ou non, reçu les résultats du dernier test; pourcentage d'hommes ayant déjà effectué un test et pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant reçu les résultats la dernière fois qu'ils ont effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui savent où aller pour effectuer un test du VIH	Répartition (en %) des hommes selon qu'ils ont effectué ou non un test du VIH et selon qu'ils ont reçu ou non les résultats				Pourcentage ayant effectué un test	Pourcentage ayant reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes
		A effectué un test et a reçu les résultats	A effectué un test et n'a pas reçu les résultats	N'a jamais effectué de test[1]	Total			
Groupe d'âges								
15-24	40,1	5,4	0,9	93,8	100,0	6,2	2,8	1 858
15-19	32,6	2,9	1,0	96,1	100,0	3,9	1,4	988
20-24	48,6	8,2	0,7	91,1	100,0	8,9	4,4	869
25-29	51,9	10,1	1,5	88,4	100,0	11,6	4,1	651
30-39	58,9	14,8	1,6	83,6	100,0	16,4	5,8	1 050
40-49	53,3	10,0	2,1	87,9	100,0	12,1	3,4	757
État matrimonial								
Célibataire	42,9	7,1	0,9	92,0	100,0	8,0	3,8	1 816
A déjà eu des rapports sexuels	48,6	8,8	1,1	90,2	100,0	9,8	4,9	1 217
N'a jamais eu de rapports sexuels	31,3	3,8	0,5	95,7	100,0	4,3	1,5	600
En union	53,5	11,2	1,8	86,9	100,0	13,1	4,1	2 279
Divorcé/séparé/veuf	48,7	4,9	0,9	94,2	100,0	5,8	1,8	221
Milieu de résidence								
Urbain	68,0	16,8	2,0	81,2	100,0	18,8	7,0	1 890
Rural	33,8	3,3	0,9	95,8	100,0	4,2	1,4	2 426
Province								
Kinshasa	72,3	20,5	1,3	78,1	100,0	21,9	7,4	637
Bas-Congo	53,9	11,1	1,7	87,2	100,0	12,8	5,6	177
Bandundu	37,8	3,8	0,3	95,9	100,0	4,1	1,2	663
Équateur	32,6	5,1	0,6	94,4	100,0	5,6	2,0	571
Orientale	24,2	3,9	1,4	94,7	100,0	5,3	1,7	496
Nord-Kivu	69,2	10,2	1,8	88,0	100,0	12,0	3,5	126
Sud-Kivu	77,0	19,4	2,8	77,9	100,0	22,1	11,5	165
Maniema	40,3	5,4	1,0	93,6	100,0	6,4	3,0	125
Katanga	60,2	9,2	2,5	88,3	100,0	11,7	4,5	508
Kasaï Oriental	53,1	10,7	2,0	87,3	100,0	12,7	5,0	463
Kasaï Occidental	45,6	6,5	1,4	92,0	100,0	8,0	1,8	386
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	28,3	4,1	0,6	95,4	100,0	4,6	3,0	234
Primaire	28,1	1,6	0,7	97,7	100,0	2,3	0,8	1 262
Secondaire	56,4	10,9	1,6	87,5	100,0	12,5	4,4	2 542
Supérieur	89,6	32,5	2,7	64,8	100,0	35,2	12,9	278
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	29,7	2,3	0,4	97,2	100,0	2,8	1,1	769
Second	31,7	2,1	0,8	97,0	100,0	3,0	0,5	786
Moyen	37,7	5,0	1,0	94,0	100,0	6,0	2,4	999
Quatrième	65,3	12,5	2,4	85,1	100,0	14,9	4,8	806
Le plus riche	75,7	22,1	2,1	75,8	100,0	24,2	9,4	956
Ensemble 15-49 ans	48,8	9,2	1,4	89,4	100,0	10,6	3,8	4 316
Hommes 50-59 ans	47,0	6,0	0,7	93,2	100,0	6,8	2,6	441
Ensemble 15-59 ans	48,6	8,9	1,3	89,8	100,0	10,2	3,7	4 757

[1] Y compris les non déterminés

Le tableau 14.10.2, qui présente les résultats concernant les hommes, montre que la proportion d'hommes qui connaissent un endroit pour effectuer un test du VIH est plus élevée que celle des femmes (49 % contre 37 %). Les hommes qui connaissent ce type d'endroit appartiennent aux mêmes catégories sociodémographiques que les femmes. Par ailleurs, la proportion de ceux qui n'ont jamais effectué un test de dépistage du VIH est quasiment identique à celle observée chez les femmes (89 % contre 90 %). De même que chez les femmes, la majorité de ceux qui ont effectué un test ont reçu les résultats (9 %). Comme chez les femmes, seulement 4 % des hommes ont effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ont reçu les résultats du dernier test.

C'est parmi les hommes de 30-39 ans (16 %), ceux en union (13 %), parmi les hommes résidant en milieu urbain (19 %), à Kinshasa et au Sud-Kivu (22 % dans les deux cas), parmi les plus instruits (35 %) et ceux des ménages du quintile le plus riche (24 %) que l'on observe les proportions les plus élevées de ceux qui ont déjà effectué un test du VIH. C'est aussi parmi ces catégories d'hommes que l'on note les proportions les plus élevées de ceux qui ont effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en ont reçu les résultats.

Les conseils et le test du VIH chez les femmes enceintes sont des mesures essentielles pour la réduction de la transmission du virus de la mère à l'enfant. En effet, la connaissance de son état sérologique donne à une mère séropositive l'opportunité de prendre des dispositions (par exemple, profiter des antirétroviraux) pour prévenir la transmission de l'infection à son bébé. Le tableau 14.11 montre que dans l'ensemble, 15 % des femmes, qui ont eu une naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête, ont reçu des conseils sur le VIH au cours d'une visite prénatale.

Celles qui ont accepté un test qui leur a été proposé au cours des soins prénatals et qui ont reçu les résultats représentent 7 %. Par contre, la proportion de celles qui ont reçu des conseils sur le VIH, effectué le test qui leur a été proposé et reçu les résultats n'est que de 5 %. Ce sont surtout les femmes de Kinshasa (26 %) qui ont le plus fréquemment bénéficié de conseils sur le VIH et effectué un test du VIH. À l'opposé, seulement 2 % des jeunes femmes de 15-19 ans, 1 % de celles du milieu rural et 1 % de celles sans instruction ont reçu des conseils et ont eu connaissance de leur statut sérologique. Dans les provinces autres que Kinshasa, cette proportion ne dépasse les 5 % que dans la province du Sud-Kivu (9 %) et dans celle du Bas-Congo (8 %).

Tableau 14.11 Femmes enceintes conseillées et ayant effectué un test du VIH

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête, pourcentage qui ont reçu des conseils sur le VIH pendant une visite prénatale pour la naissance la plus récente et pourcentage qui ont accepté d'effectuer le test du VIH qui leur était proposé, selon qu'elles ont, ou non, reçu les résultats de ce test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des conseils sur le VIH au cours d'une visite prénatale[1]	Pourcentage qui ont accepté un test du VIH qui leur a été proposé au cours des soins prénatals et qui[2] :		Pourcentage ayant reçu des conseils, ayant accepté un test du VIH qui leur a été proposé et ayant reçu les résultats[2]	Effectif de femmes qui ont eu une naissance au cours des 2 dernières années[3]
		A reçu les résultats	N'a pas reçu les résultats		
Groupe d'âges					
15-24	13,1	5,9	1,8	3,5	1 361
15-19	10,7	6,8	2,8	2,3	311
20-24	13,8	5,6	1,5	3,9	1 050
25-29	18,5	7,5	1,5	5,7	806
30-39	15,9	7,6	1,7	5,5	1 064
40-49	15,8	2,4	0,8	2,2	204
Milieu de résidence					
Urbain	25,6	14,9	2,6	10,5	1 320
Rural	9,0	1,4	1,1	0,8	2 115
Province					
Kinshasa	42,0	33,1	3,6	25,5	324
Bas-Congo	23,9	9,6	2,2	8,0	133
Bandundu	7,9	0,8	0,2	0,5	580
Équateur	10,2	1,8	1,5	0,8	433
Orientale	12,8	2,8	0,9	2,3	385
Nord-Kivu	13,8	8,9	3,0	3,6	130
Sud-Kivu	29,6	15,2	10,3	9,0	173
Maniema	9,7	1,4	1,7	1,0	123
Katanga	17,6	7,5	0,8	4,3	338
Kasaï Oriental	9,7	2,7	1,0	1,8	440
Kasaï Occidental	10,0	2,0	0,0	1,1	377
Niveau d'instruction					
Aucune instruction	8,7	1,9	0,7	1,4	788
Primaire	10,9	3,2	1,0	1,9	1 461
Secondaire	24,4	13,0	3,1	9,1	1 154
Supérieur	(57,8)	(47,4)	(0,0)	(40,2)	32
Ensemble 15-49 ans	15,4	6,6	1,6	4,6	3 435

[1] « Conseillée » signifie ici que quelqu'un a parlé à l'enquêtée des trois sujets suivants : 1) la transmission du virus du sida de la mère à l'enfant, 2) la prévention du virus et 3) effectuer un test du sida.
[2] Ce pourcentage ne concerne que les femmes à qui on a proposé de faire le test du VIH. Les femmes qui ont effectué le test parce qu'il était exigé et celles qui ont demandé à l'effectuer ne figurent pas au numérateur.
[3] Sont incluses dans le dénominateur les femmes qui n'ont pas reçu de soins prénatals pour leur dernière naissance survenue au cours des deux dernières années.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.7 CIRCONCISION

En République Démocratique du Congo, la circoncision est pratiquée sur tout le territoire national. Récemment, le fait d'être circoncis a été associé à un moindre risque de transmission des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH. Pour vérifier cette relation, on a, au cours de l'EDS-RDC, demandé aux hommes s'ils étaient circoncis. Les résultats sont présentés au tableau 14.12.

Ces résultats montrent que la quasi-totalité des hommes de la RDC (97 %) sont circoncis. Les écarts selon les différentes caractéristiques sociodémographiques ne sont pas importants. On relève cependant que dans la province Orientale, 7 % des hommes ne sont pas circoncis. Partout ailleurs, cette proportion est inférieure à 4 %.

Tableau 14.12 Circoncision

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui ont déclaré être circoncis, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage circoncis	Effectif d'hommes
Groupe d'âges		
15-24	97,1	1 858
15-19	96,6	988
20-24	97,6	869
25-29	98,0	651
30-39	98,0	1 050
40-49	96,5	757
Milieu de résidence		
Urbain	98,0	1 890
Rural	96,8	2 426
Province		
Kinshasa	98,0	637
Bas-Congo	97,5	177
Bandundu	98,3	663
Équateur	98,4	571
Orientale	93,0	496
Nord-Kivu	97,2	126
Sud-Kivu	98,0	165
Maniema	99,7	125
Katanga	98,1	508
Kasaï Oriental	97,6	463
Kasaï Occidental	96,3	386
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	97,9	234
Primaire	96,1	1 262
Secondaire	97,9	2 542
Supérieur	97,9	278
Ensemble 15-49 ans	97,4	4 316
Hommes 50-59 ans	95,4	441
Ensemble 15-59 ans	97,2	4 757

14.8 PRÉVALENCE DÉCLARÉE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) ET DE LEURS SYMPTÔMES

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes et aux hommes s'ils avaient eu une IST ou s'ils avaient eu des symptômes associés à la présence d'IST au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Le tableau 14.13 présente la prévalence déclarée des IST et des symptômes d'IST dans la population des femmes et des hommes.

La proportion de femmes ayant eu une IST (4 %) est légèrement inférieure à celle des hommes (5 %). En outre, parmi les femmes de 15-49 ans, 6 % ont déclaré avoir eu des pertes vaginales anormales et malodorantes et 4 % une plaie ou un ulcère génital. Chez les hommes de 15-49 ans, 5 % ont eu un écoulement du pénis. La même proportion d'hommes a déclaré avoir eu une plaie ou un ulcère génital. Globalement, 8 % des femmes et 9 % des hommes ont eu une infection sexuellement transmissible ou des symptômes associés à la présence d'IST.

Tableau 14.13 Prévalence déclarée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et symptômes déclarés d'IST

Parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels, pourcentage ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes associés aux IST au cours des 12 derniers mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes					Hommes				
Caractéristique sociodémographique	Une IST	Des pertes vaginales anormales et malo-dorantes	Une plaie/ ulcère génital	IST/ pertes/ plaie ou ulcère	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels	Une IST	Écoule-ment du pénis	Une plaie/ ulcère génital	IST/ écoule-ment/ plaie ou ulcère	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels
Groupe d'âges										
15-24	4,1	6,5	3,3	8,9	3 141	4,9	4,6	4,5	9,2	1 292
15-19	4,7	9,6	4,9	12,5	1 061	2,7	2,8	4,6	7,5	501
20-24	3,8	4,9	2,4	7,1	2 080	6,3	5,7	4,4	10,3	791
25-29	4,4	5,9	4,0	8,8	1 633	6,8	5,3	6,5	9,7	624
30-39	4,2	4,9	3,8	7,8	2 380	6,6	5,4	4,9	9,9	1 043
40-49	2,8	5,8	4,0	7,2	1 647	2,7	2,8	2,1	6,0	756
État matrimonial										
Célibataire	6,4	9,2	5,2	12,7	1 239	4,4	3,6	4,4	8,0	1 217
En union	3,4	5,4	3,6	7,7	6 620	5,6	5,2	4,5	9,2	2 279
Divorcé/séparé/veuf	4,3	4,2	2,6	6,7	941	7,2	3,7	4,8	9,6	220
Circoncision										
Circoncis	na	na	na	na	na	5,4	4,6	4,5	9,0	3 622
Pas circoncis	na	na	na	na	na	0,5	4,3	2,6	5,1	80
Milieu de résidence										
Urbain	4,2	5,1	3,0	8,3	3 809	4,3	2,4	4,2	7,3	1 586
Rural	3,8	6,4	4,2	8,2	4 992	5,9	6,2	4,7	10,0	2 129
Province										
Kinshasa	6,1	4,9	3,2	10,3	1 319	5,9	1,6	5,2	8,7	529
Bas-Congo	1,1	3,4	0,9	4,2	367	1,1	0,7	2,5	3,6	159
Bandundu	3,8	9,3	7,1	11,0	1 366	2,0	4,3	5,9	9,2	563
Équateur	4,8	5,9	3,1	8,2	1 141	5,2	5,0	2,9	6,5	512
Orientale	4,2	6,2	4,3	9,0	1 035	12,3	11,4	6,2	15,5	446
Nord-Kivu	7,9	6,5	3,2	10,5	303	10,4	10,5	3,1	12,2	112
Sud-Kivu	4,3	11,7	5,2	14,1	360	1,7	5,7	1,2	7,4	146
Maniema	3,0	4,2	3,6	6,4	277	6,9	6,4	4,0	10,3	109
Katanga	4,3	4,8	3,0	6,2	925	2,4	1,2	1,2	3,7	433
Kasaï Oriental	1,2	4,0	2,8	5,5	920	5,4	4,2	5,9	9,6	385
Kasaï Occidental	1,7	2,6	1,5	4,0	787	5,2	3,2	6,5	10,7	321
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	4,5	8,1	5,5	10,4	1 954	7,8	8,2	3,7	12,4	202
Primaire	3,2	6,1	3,6	7,7	3 439	4,9	4,6	5,6	9,5	1 032
Secondaire	4,2	4,0	2,7	7,4	3 190	5,3	4,5	4,2	8,5	2 219
Supérieur	6,3	7,5	3,4	12,7	218	4,1	2,0	3,5	6,7	262
Ensemble 15-49 ans	3,9	5,8	3,7	8,3	8 800	5,3	4,6	4,5	8,9	3 715
Hommes 50-59 ans	na	na	na	na	na	3,3	3,9	2,0	4,7	440
Ensemble 15-59 ans	na	na	na	na	na	5,1	4,5	4,2	8,4	4 155

na = Non applicable

Chez les femmes, les résultats montrent que la prévalence déclarée des IST ou des symptômes d'IST est plus élevée chez les célibataires (13 %) que chez celles qui sont en union ou en rupture d'union (respectivement 8 et 7 %). Par contre, chez les hommes, ce sont ceux en rupture d'union qui présentent la prévalence des IST la plus élevée (10 % contre 8 % chez les célibataires). Les résultats font également apparaître une prévalence déclarée plus élevée chez les femmes du Sud-Kivu (14 %), du Nord-Kivu et de

Bandundu (11 % dans chaque cas) ainsi que chez celles de Kinshasa (10 %). Chez les hommes, la prévalence déclarée des IST et des symptômes associés est plus élevée dans la province Orientale (16 %), le Nord-Kivu (12 %), le Kasaï Occidental (11 %) et le Maniema (10 %) qu'ailleurs. Selon le niveau d'instruction, c'est parmi les femmes les plus instruites (13 %) et les hommes sans instruction (12 %) que cette prévalence déclarée est la plus élevée.

14.9 Connaissance et Comportement chez les Jeunes

Les jeunes de 15-24 ans constituent une population à risque dans la mesure où, à cette période de la vie, les relations sexuelles sont généralement instables et le multipartenariat fréquent. L'EDS-RDC s'est intéressée à cette tranche de la population et a cherché à évaluer, non seulement leur connaissance des moyens de transmission et de prévention du VIH/sida mais aussi certains aspects de leur comportement sexuel comme l'utilisation du condom et la fréquence des rapports sexuels à risques.

14.9.1 Connaissance du VIH/sida par les jeunes

La pratique des rapports sexuels non protégés est un facteur de propagation du VIH. L'utilisation du condom est l'un des moyens efficaces pour réduire la contamination du VIH par voie sexuelle, d'où l'importance de connaître son niveau d'accessibilité. Le tableau 14.14 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance complète du sida et de ceux qui connaissent un endroit où se procurer des condoms.

En RDC, 15 % des jeunes femmes et 21 % des jeunes hommes ont une connaissance considérée comme complète du sida. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la proportion de ceux qui ont une connaissance complète du sida est plus élevée parmi les célibataires ayant déjà eu des rapports sexuels (respectivement 19 % et 27 %) et en milieu urbain (19 % chez les femmes et 26 % chez les hommes contre respectivement 11 % et 16 % en rural), en particulier à Kinshasa (respectivement 23 % et 30 %). De même, quel que soit le sexe, cette proportion tend à augmenter avec le niveau d'instruction et le niveau socio-économique du ménage. Dans les provinces, on note, chez les femmes que c'est dans le Nord-Kivu (20 %), le Bandundu (18 %), le Bas-Congo (17 %) et le Sud-Kivu (16 %) que cette proportion est la plus élevée. Chez les hommes, c'est au Katanga (28 %), au Sud-Kivu (27 %), au Bandundu (18 %), au Bas-Congo (23 %) et au Nord-Kivu (23 %) que la proportion de jeunes de 15-24 ans qui ont une connaissance complète du sida est la plus élevée.

Concernant la connaissance d'un lieu où se procurer des condoms, on constate que la proportion d'hommes qui savent où aller pour s'en procurer est plus élevée que celle des femmes (respectivement 61 % contre 37 %). Quel que soit le sexe, on note que les proportions de ceux qui sont les mieux informés sont plus élevées chez ceux qui ont déjà eu des rapports sexuels (57 % des femmes et 71 % des hommes), et chez ceux qui résident en milieu urbain (55 % des femmes et 82 % des hommes). De plus, cette connaissance est très influencée par le niveau d'instruction et le statut socio-économique du ménage. Au niveau des provinces autres que Kinshasa, c'est au Nord-Kivu (52 %) et au Bas-Congo (51 %) qu'une femme sur deux connaît un lieu où se procurer des condoms. Par contre, c'est dans le Kasaï Oriental, le Kasaï Occidental et la province Orientale que cette connaissance est la plus faible (respectivement 19 %, 20 % et 21 %). Chez les hommes, c'est à l'Équateur (41 %), dans la province Orientale (45 %) et le Maniema (49 %) que l'on note les proportions les plus faibles de ceux qui savent où s'adresser pour se procurer des condoms.

Tableau 14.14 Connaissance complète du VIH/sida et connaissance d'un endroit où se procurer des condoms parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance complète du VIH/sida et pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage ayant une connaissance « complète » du sida[1]	Pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms[2]	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance « complète » du sida[1]	Pourcentage connaissant un endroit où se procurer des condoms[2]	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-19	13,7	33,0	2 030	18,3	51,7	988
15-17	12,5	28,1	1 196	15,5	45,6	622
18-19	15,4	40,1	834	23,1	61,9	366
20-24	16,4	40,9	2 274	23,5	70,6	869
20-22	15,6	40,8	1 452	23,5	67,6	550
23-24	17,8	41,0	822	23,5	75,6	320
État matrimonial						
Célibataire	16,4	42,0	2 145	21,9	59,7	1 512
A déjà eu des rapports sexuels	18,9	56,5	985	26,8	70,6	946
N'a jamais eu de rapports sexuels	14,2	29,8	1 161	13,6	41,5	566
A déjà été marié	13,9	32,3	2 159	15,7	64,1	346
Milieu de résidence						
Urbain	19,3	55,0	2 061	26,4	81,8	836
Rural	11,3	20,7	2 243	16,1	43,1	1 022
Province						
Kinshasa	22,5	74,0	715	29,9	89,6	276
Bas-Congo	17,4	50,6	163	22,8	68,3	68
Bandundu	18,1	31,4	652	18,4	52,9	305
Équateur	16,3	23,0	504	25,5	40,9	255
Orientale	10,5	21,0	423	16,6	45,3	195
Nord-Kivu	19,5	51,6	161	22,8	73,5	54
Sud-Kivu	16,4	37,5	204	27,1	68,6	81
Maniema	11,1	34,8	139	14,3	49,2	45
Katanga	14,8	43,1	460	27,8	72,3	222
Kasaï Oriental	9,4	18,9	510	6,7	59,2	180
Kasaï Occidental	5,6	20,1	373	10,7	51,9	175
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	9,0	12,0	713	10,2	32,6	109
Primaire	9,1	23,0	1 662	12,5	41,0	605
Secondaire	21,3	56,3	1 814	24,6	72,2	1 089
Supérieur	42,5	96,6	115	55,5	99,0	55
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	10,9	16,8	721	13,8	40,5	280
Second	10,7	20,1	768	12,0	34,3	318
Moyen	10,0	26,1	850	18,2	49,2	455
Quatrième	17,5	40,7	900	26,2	79,6	366
Le plus riche	23,2	69,0	1 066	29,7	88,1	438
Ensemble 15-24 ans	15,1	37,2	4 304	20,7	60,5	1 858

[1] Sont considérés comme ayant une connaissance « complète », les jeunes qui savent que l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida. Les éléments qui définissent la connaissance complète sont également présentés aux tableaux 14.2, 14.3.1 et 14.3.2.
[2] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.

14.9.2 Âge aux premiers rapports sexuels parmi les jeunes

En tant que déterminant de l'activité sexuelle, l'âge aux premiers rapports sexuels des jeunes de 15-24 ans revêt une grande importance en matière de prévention du VIH. La précocité des rapports sexuels allonge la période d'exposition au risque d'infection. Le tableau 14.15 présente d'une part, parmi les femmes et les hommes âgés de 15-24 ans les proportions de celles et ceux qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans et, d'autre part, parmi les femmes et les hommes de 18-24 ans, les proportions de celles et ceux qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 18 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Une proportion identique de femmes et d'hommes ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (18 %). Par contre la proportion de femmes de 18-24 ans qui ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 18 ans est plus élevée que celle des hommes (61 % contre 56 %).

Les proportions de femmes et d'hommes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant leur quinzième anniversaire sont bien évidemment plus élevées parmi ceux qui ont déjà été en union que parmi les célibataires. L'écart est cependant plus important chez les femmes (25 % contre 11 %) que chez les hommes (24 % contre 16 %). La précocité des rapports sexuels est plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (23 % contre 13 % chez les femmes et 19 % contre 16 % chez les hommes). Chez les femmes, c'est dans la province Orientale et l'Équateur que la proportion de celles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans est la plus élevée (35 % et 25 %). Chez les hommes, c'est dans le Bandundu (31 %) et le Nord-Kivu (29 %) que cette proportion est la plus élevée. À l'opposé, les proportions de jeunes ayant eu des premiers rapports sexuels précoces sont plus faibles parmi les jeunes filles du Kasaï Oriental (9 %) et de Kinshasa (11 %) et parmi les jeunes hommes du Maniema (3 %), du Katanga (8 %) et du Bas-Congo (10 %). On note en outre, que la précocité des premiers rapports sexuels, en particulier chez les femmes, tend à devenir moins fréquente avec l'élévation du niveau d'instruction, la proportion variant de 25 % parmi celles sans instruction à 11 % parmi celles ayant le niveau secondaire et à 3 % parmi celles ayant un niveau supérieur. Chez les hommes, aucune tendance n'apparaît en fonction du niveau d'instruction. Les proportions de femmes et d'hommes qui ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans varient en fonction du niveau socio-économique du ménage : chez les femmes, on note une diminution de la précocité de ces premiers rapports sexuels avec l'augmentation du niveau de richesse du ménage, la proportion variant de 24 % parmi les ménages du quintile le plus pauvre à 9 % parmi ceux du quintile le plus riche. Chez les hommes, malgré un écart moins important entre les quintiles extrêmes, on note la même tendance.

Par ailleurs, le tableau 14.16 fournit les pourcentages d'hommes et de femmes âgés de 15-24 ans qui ont utilisé un condom au cours de leurs premiers rapports sexuels selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Une proportion environ deux fois plus élevée d'hommes que de femmes ont utilisé des condoms lors de leurs premiers rapports sexuels (5 % contre 9 %). Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, on constate une proportion beaucoup plus élevée d'utilisateurs du condom parmi les célibataires que parmi ceux qui ont déjà été en union, en particulier chez les femmes (respectivement 9 % et 10 % contre 3 % et 5 %). Les proportions d'utilisateurs du condom, quel que soit le sexe, sont plus élevées parmi ceux qui connaissent un endroit où s'en procurer (8 % des femmes et 11 % des hommes contre respectivement 3 % et 2 %). Il faut noter que l'utilisation du condom est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain, l'écart étant un peu plus accentué chez les hommes (2 % contre 8 % chez les femmes et 4 % contre 14 % chez les hommes).

Tableau 14.15 Âge aux premiers rapports sexuels parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 18-24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 18 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes				Hommes			
	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts	Effectif de femmes de 15-24 ans	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts	Effectif de femmes de 18-24 ans	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans exacts	Effectif d'hommes de 15-24 ans	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre 18 ans exacts	Effectif d'hommes de 18-24 ans
Groupe d'âges								
15-19	17,9	2 030	na	na	18,3	988	na	na
15-17	18,8	1 196	na	na	16,8	622	na	na
18-19	16,5	834	59,7	834	20,9	366	58,1	366
20-24	18,5	2 274	62,0	2 274	17,0	869	54,6	869
20-22	19,2	1 452	61,0	1 452	13,6	550	52,9	550
23-24	17,2	822	63,8	822	22,8	320	57,5	320
État matrimonial								
Célibataire	11,4	2 145	42,0	1 131	16,3	1 512	53,4	912
A déjà été marié	24,9	2 159	72,5	1 977	23,9	346	61,8	324
Connaît un endroit où se procurer des condoms[1]								
Oui	17,4	1 599	59,8	1 264	19,7	1 124	57,8	840
Non	18,7	2 705	62,5	1 844	14,8	734	51,1	395
Milieu de résidence								
Urbain	12,8	2 061	55,0	1 411	15,7	836	53,6	558
Rural	23,1	2 243	66,7	1 697	19,4	1 022	57,3	677
Province								
Kinshasa	10,6	715	52,9	496	17,8	276	55,5	183
Bas-Congo	14,5	163	72,2	121	9,6	68	51,4	49
Bandundu	22,3	652	66,6	489	30,8	305	71,5	201
Équateur	25,0	504	76,9	380	16,8	255	64,7	173
Orientale	34,5	423	74,4	311	12,5	195	52,5	135
Nord-Kivu	20,7	161	59,6	112	29,4	54	58,1	34
Sud-Kivu	23,3	204	58,9	154	18,7	81	39,8	51
Maniema	13,1	139	63,3	106	3,4	45	39,9	35
Katanga	13,1	460	48,8	321	8,0	222	55,7	144
Kasaï Oriental	8,8	510	48,6	348	16,8	180	40,4	117
Kasaï Occidental	16,2	373	58,9	272	18,1	175	46,6	114
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	24,9	713	67,9	576	13,7	109	52,6	82
Primaire	23,9	1 662	70,1	1 135	18,2	605	56,5	311
Secondaire	11,3	1 814	53,8	1 284	18,0	1 089	56,0	787
Supérieur	3,3	115	26,7	113	14,5	55	49,4	55
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	24,4	721	69,6	551	19,7	280	59,7	189
Second	23,8	768	68,5	571	18,4	318	52,2	219
Moyen	19,3	850	66,3	628	15,6	455	58,1	296
Quatrième	18,2	900	60,1	657	21,4	366	52,7	242
Le plus riche	9,1	1 066	46,1	702	15,1	438	55,6	289
Ensemble	18,2	4 304	61,4	3 108	17,7	1 858	55,6	1 235

[1] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.
na = Non applicable

Dans les provinces, on note des proportions d'utilisatrices très faibles au Kasaï Oriental (1 %) et au Maniema (2 %). Chez les hommes, c'est dans la province Orientale (3 %), le Sud-Kivu et l'Équateur (4 %) que l'on note la plus faible proportion d'utilisateurs du condom aux premiers rapports sexuels. Cette proportion augmente avec le niveau d'instruction. Chez les femmes, elle varie de 2 % parmi les femmes sans instruction à 7 % parmi celles ayant le niveau secondaire et chez les hommes, respectivement de 0,2 % à 11 %. On constate des écarts de même ampleur en fonction du statut socio-

économique du ménage : chez les femmes, 2 % de celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre ont utilisé un condom lors de leurs premiers rapports sexuels contre 10 % parmi celles des ménages du quintile le plus riche. Chez les hommes, ces proportions sont de 4 % et 22 %.

Tableau 14.16 Utilisation du condom lors des premiers rapports sexuels parmi les jeunes

Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels, pourcentage ayant utilisé un condom la première fois qu'elles/ils ont eu des rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes	
	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des premiers rapports sexuels	Effectif ayant déjà eu des rapports sexuels
Groupe d'âges				
15-19	5,8	1 061	8,9	501
15-17	5,9	452	5,7	253
18-19	5,7	610	12,3	248
20-24	4,1	2 080	8,3	791
20-22	4,6	1 292	9,3	496
23-24	3,2	788	6,7	294
État matrimonial				
Célibataire	8,7	985	9,9	946
A déjà été marié	2,8	2 157	4,9	346
Connaît un endroit où se procurer des condoms[1]				
Oui	7,6	1 252	11,4	889
Non	2,7	1 889	2,4	402
Milieu de résidence				
Urbain	7,8	1 347	14,4	556
Rural	2,3	1 794	4,1	736
Province				
Kinshasa	12,2	470	22,5	177
Bas-Congo	6,1	134	7,8	52
Bandundu	5,4	504	6,0	216
Équateur	2,9	412	3,8	196
Orientale	2,1	375	3,0	146
Nord-Kivu	7,7	110	8,9	41
Sud-Kivu	2,5	142	3,5	63
Maniema	1,7	102	7,1	30
Katanga	3,3	315	12,3	149
Kasaï Oriental	1,1	300	4,8	110
Kasaï Occidental	2,4	277	9,5	112
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	1,7	592	0,2	80
Primaire	3,4	1 260	3,3	381
Secondaire	7,3	1 210	11,0	787
Supérieur	6,8	79	(25,3)	43
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	1,6	587	3,8	191
Second	1,4	629	5,2	217
Moyen	3,0	649	3,3	327
Quatrième	7,2	641	7,5	276
Le plus riche	9,9	635	21,6	280
Ensemble 15-24 ans	4,7	3 141	8,6	1 292

[1] Dans ce tableau, les réponses telles « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.9.3 Rapports sexuels prénuptiaux parmi les jeunes

Le tableau 14.17 présente les proportions de jeunes célibataires de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et les proportions de ceux qui ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels. Ces résultats sont présentés selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Plus d'une jeune femme célibataire sur deux (54 %) n'a jamais eu de rapports sexuels. Chez les jeunes hommes célibataires, cette proportion est de 38 %. Au cours des 12 mois qui avaient précédé l'enquête, 37 % des femmes célibataires et 51 % des hommes célibataires avaient eu des rapports sexuels. Les résultats selon l'âge montrent qu'à 15-17 ans, plus d'une femme sur cinq (23 %) et près d'un homme sur trois (31 %) ont déclaré avoir été sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois. Que ce soit chez les femmes ou chez les hommes, la proportion de célibataires ayant été sexuellement actifs au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête est plus élevée parmi ceux qui connaissent un endroit où se procurer des condoms que parmi les autres (respectivement 49 % contre 28 % et 60 % contre 37 %). En outre, cette proportion est plus élevée en milieu rural qu'en urbain pour les femmes (41 % contre 33 %) et pour les hommes (55 % contre 45 %). Dans les provinces, la proportion de jeunes femmes célibataires ayant été sexuellement actives au cours des 12 derniers mois varie d'un minimum de 8 % dans le Kasaï Oriental à un maximum de 51 % au Bandundu et dans la province Orientale. Chez les hommes, cette proportion est de 35 % au Kasaï Oriental, 36 % au Kasaï Occidental et atteint ses valeurs les plus élevées au Sud-Kivu (62 %), au Bandundu (61 %), au Bas-Congo (61 %) et à l'Équateur (60 %). Enfin, on note que la proportion des jeunes femmes célibataires ayant été sexuellement actives tend à augmenter avec l'élévation du niveau d'instruction (34 % parmi celles sans instruction à 50 % parmi les plus instruites). Chez les hommes, la tendance est moins nette.

Le tableau 14.17 montre également que 16 % des femmes et une proportion plus élevée d'hommes (26 %) ont déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels. L'utilisation du condom est beaucoup plus fréquente parmi les célibataires qui connaissent un endroit où se procurer des condoms (26 % des femmes et 36 % des hommes), parmi ceux du milieu urbain (21 % des femmes contre 11 % en rural et 41 % des hommes contre 15 % en rural). On note par ailleurs que l'utilisation du condom par les jeunes célibataires de sexe féminin est étroitement associée au niveau d'instruction, la proportion étant plus élevée parmi les célibataires du niveau secondaire et supérieur (respectivement 22 % et 30 % contre 5 % parmi celles sans instruction).

Tableau 14.17 Rapports sexuels prénuptiaux et utilisation du condom lors des rapports sexuels prénuptiaux parmi les jeunes

Parmi les femmes et les hommes célibataires de 15-24 ans, pourcentage qui n'ont jamais eu de rapports sexuels, pourcentage qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et, parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels prénuptiaux au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes					Hommes				
	Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Pourcentage ayant eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif ayant eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Pourcentage n'ayant jamais eu de rapports sexuels	Pourcentage ayant eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	Effectif de célibataires	Pourcentage ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels	Effectif ayant eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois
Groupe d'âges										
15-19	63,1	31,3	1 532	12,1	480	52,6	39,1	926	21,0	362
15-17	73,2	22,5	1 014	12,3	228	61,5	31,4	600	12,2	189
18-19	43,4	48,6	517	11,9	252	36,2	53,2	326	30,6	174
20-24	31,6	50,1	614	23,1	308	13,5	69,2	585	29,7	405
20-22	34,8	49,0	460	20,3	225	12,8	70,3	416	26,6	292
23-24	22,0	53,4	154	30,8	82	15,0	66,6	169	38,0	113
Connaît un endroit où se procurer des condoms[1]										
Oui	38,3	49,0	902	26,3	442	26,0	59,9	902	35,8	541
Non	65,6	27,8	1 243	3,7	346	54,4	37,2	609	1,5	227
Milieu de résidence										
Urbain	56,8	33,4	1 254	20,8	418	40,6	45,4	692	40,5	314
Rural	50,4	41,4	892	11,4	369	34,8	55,3	820	15,3	454
Province										
Kinshasa	44,3	44,5	549	22,0	245	38,3	45,2	260	43,3	118
Bas-Congo	33,5	48,8	89	12,6	43	28,3	60,5	59	27,6	35
Bandundu	40,3	51,4	367	20,5	189	31,4	60,7	283	40,8	172
Équateur	45,3	47,3	202	(8,3)	96	31,0	60,3	188	7,5	113
Orientale	40,5	51,2	118	(6,9)	61	34,5	55,3	143	13,1	79
Nord-Kivu	59,3	26,3	86	30,5	23	31,4	54,4	42	12,5	23
Sud-Kivu	58,9	33,8	104	(13,5)	35	27,4	61,8	66	24,6	41
Maniema	80,4	18,0	45	(36,1)	8	44,9	47,6	34	(33,7)	16
Katanga	64,0	24,2	227	(2,5)	55	43,6	44,5	168	21,4	75
Kasaï Oriental	89,2	8,3	236	*	20	50,2	34,9	140	(18,1)	49
Kasaï Occidental	79,5	11,6	120	*	14	49,1	36,4	130	(8,2)	47
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	52,8	34,2	229	4,6	78	34,6	58,7	86	(24,3)	50
Primaire	57,4	35,8	701	9,0	251	46,1	45,5	484	11,8	221
Secondaire	53,5	36,7	1 126	21,7	413	33,8	52,4	893	30,1	468
Supérieur	39,9	50,4	89	29,5	45	23,8	58,9	48	(61,6)	29
Ensemble 15-24 ans	54,1	36,7	2 145	16,4	788	37,5	50,8	1 512	25,6	768

[1] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.9.4 Rapports sexuels à hauts risques parmi les jeunes

Le tableau 14.18.1 présente les proportions de jeunes femmes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et, parmi elles, la proportion de celles qui ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques.

Dans l'ensemble, 35 % des jeunes femmes ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois. Dans 98 % des cas, les célibataires ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Comme on l'a déjà précisé, ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où, par définition, tous les célibataires ont des rapports sexuels à hauts risques puisque leurs partenaires sont extraconjugaux et non cohabitants. Il en est de même des jeunes de 15-17 ans qui, pour la plupart sont encore célibataires. Parmi elles, 62 % ont eu des rapports sexuels à hauts risques. Les proportions les plus élevées de jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques s'observent parmi celles qui connaissent un endroit où se procurer des condoms (47 %), parmi celles du milieu urbain (41 %), en particulier celles qui résident à Kinshasa (66 %). Dans les provinces autres que Kinshasa, cette proportion dépasse la moyenne nationale au Bandundu et au Bas-Congo, avec respectivement 48 % et 39 %. Cette proportion est, par contre, plus faible au Kasaï Oriental (10 %). On note, en outre, que la proportion de jeunes femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques augmente de manière très importante avec l'élévation du niveau d'instruction. En effet, elle varie de 20 % chez les femmes sans instruction à 46 % chez celles ayant le niveau secondaire et atteint 80 % chez les femmes de niveau d'instruction supérieur. De même, les écarts sont importants selon le niveau de bien-être économique. La proportion passe d'un minimum de 22 % parmi les femmes du second quintile à un maximum de 58 % parmi celles du quintile le plus riche.

Les résultats concernant l'utilisation du condom aux derniers rapports sexuels à hauts risques montrent qu'en général, c'est dans les catégories de femmes dans lesquelles les rapports sexuels à hauts risques ont été les plus fréquents que les proportions d'utilisatrices du condom sont aussi les plus élevées. Cependant, on note que le groupe de jeunes femmes de 15-17 ans et celui des célibataires se caractérisent par une faible proportion d'utilisatrices du condom (respectivement 12 % et 17 %) alors que dans ces groupes de femmes, on avait noté une fréquence élevée des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois.

En ce qui concerne les hommes, les données du tableau 14.18.2 montrent qu'une proportion d'hommes de 15-24 ans beaucoup plus élevée que celle des femmes (82 % contre 35 %) ont eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Pour les mêmes raisons que celles déjà mentionnées chez les femmes, cette proportion est plus élevée parmi les célibataires (98 %) que parmi ceux ayant déjà été en union (44 %) et parmi les 15-17 ans (98 %) que parmi ceux âgés de 23-24 ans (65 %). En outre, on constate que cette proportion de jeunes hommes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques présente les mêmes types de variations que celles déjà observées chez les femmes. C'est aussi parmi ces hommes dont la fréquence des rapports sexuels à hauts risques a été la plus élevée que l'on constate les proportions les plus élevées d'utilisateurs du condom : il s'agit des célibataires (27 %), de ceux qui connaissent un endroit où se procurer des condoms (37 %), de ceux du milieu urbain (40 %) et de ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche (41 %). Cependant, comme chez les femmes, c'est parmi les plus jeunes que l'on note la plus faible proportion d'utilisateurs du condom (12 % contre 36 % à 23-24 ans.

Tableau 14.18.1 Rapports sexuels à hauts risques parmi les jeunes et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques : Femmes

Parmi les jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois; pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, et parmi ces jeunes femmes, pourcentage ayant utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois		Jeunes femmes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques[1]	Effectif
Groupe d'âges				
15-19	55,0	931	12,5	512
15-17	62,4	393	12,2	246
18-19	49,5	538	12,7	266
20-24	23,8	1 780	22,5	423
20-22	27,9	1 094	19,8	305
23-24	17,2	686	29,5	118
État matrimonial				
Célibataire	98,2	788	16,7	774
A déjà été mariée	8,4	1 924	18,5	162
Connaît un endroit où se procurer des condoms[2]				
Oui	46,5	1 082	27,9	503
Non	26,5	1 630	4,5	433
Milieu de résidence				
Urbain	41,0	1 154	21,2	473
Rural	29,6	1 557	12,8	462
Province				
Kinshasa	66,3	395	22,7	262
Bas-Congo	38,6	113	12,6	44
Bandundu	48,1	433	21,7	209
Équateur	33,1	362	9,9	120
Orientale	25,5	332	7,1	85
Nord-Kivu	32,7	96	34,7	32
Sud-Kivu	32,9	133	21,0	44
Maniema	18,7	87	(32,6)	16
Katanga	27,8	269	1,8	75
Kasaï Oriental	9,5	265	*	25
Kasaï Occidental	11,3	227	*	26
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	20,2	509	4,1	103
Primaire	28,0	1 114	9,3	312
Secondaire	45,6	1 020	23,7	465
Supérieur	80,3	70	28,5	56
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	31,3	510	9,8	160
Second	22,0	547	14,1	120
Moyen	29,7	580	14,3	172
Quatrième	32,5	547	18,3	178
Le plus riche	57,8	529	22,8	306
Ensemble 15-24 ans	34,5	2 712	17,0	935

[1] Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant
[2] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Tableau 14.18.2 Rapports sexuels à hauts risques parmi les jeunes et utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques : Hommes

Parmi les jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois; pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, et parmi ces jeunes hommes, pourcentage ayant utilisé un condom au cours de ces derniers rapports sexuels à hauts risques, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois		Jeunes hommes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]	Effectif	Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques[1]	Effectif
Groupe d'âges				
15-19	92,8	420	21,4	390
15-17	98,0	208	12,4	204
18-19	87,8	212	31,3	186
20-24	74,9	667	30,6	499
20-22	80,8	414	28,1	335
23-24	65,2	253	35,6	165
État matrimonial				
Célibataire	97,6	768	26,8	749
A déjà été marié	43,9	319	25,4	140
Connaît un endroit où se procurer des condoms[2]				
Oui	84,7	742	36,6	629
Non	75,6	344	2,2	260
Milieu de résidence				
Urbain	88,1	443	39,8	391
Rural	77,5	643	16,2	499
Province				
Kinshasa	96,9	131	43,2	127
Bas-Congo	86,4	44	26,4	38
Bandundu	92,7	191	43,1	177
Équateur	76,9	178	11,6	137
Orientale	66,9	129	10,9	86
Nord-Kivu	74,7	34	19,8	25
Sud-Kivu	86,2	56	29,7	48
Maniema	81,3	26	35,6	21
Katanga	83,7	129	23,6	108
Kasaï Oriental	60,5	86	(17,0)	52
Kasaï Occidental	83,9	84	12,4	70
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	67,9	74	(24,4)	50
Primaire	79,6	337	13,1	269
Secondaire	83,7	643	31,6	538
Supérieur	(100,0)	33	(57,0)	33
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	75,6	167	12,0	127
Second	73,6	194	10,7	142
Moyen	77,5	275	19,6	213
Quatrième	88,7	235	39,4	209
Le plus riche	92,3	215	41,1	198
Ensemble 15-24 ans	81,8	1 087	26,6	889

[1] Rapports sexuels avec une partenaire extraconjugale et non cohabitant
[2] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.9.5 Disparités d'âges entre partenaires sexuels

Le tableau 14.19 présente la proportion de femmes de 15-19 ans qui, au cours des 12 derniers mois, ont eu des rapports sexuels à hauts risques avec un homme plus âgée qu'elle de 10 ans ou plus.

Pour l'ensemble du pays, cette proportion est de 13 % et elle est plus élevée parmi les jeunes filles de 18-19 ans que parmi celles de 15-17 ans (16 % contre 10 %). On ne note pas de différence entre les milieux de résidence. La faiblesse des effectifs rend difficile le commentaire des variations selon la province de résidence et le niveau d'instruction. En ce qui concerne le niveau de bien-être économique, aucune tendance ne semble se dessiner.

Tableau 14.19 Disparité d'âges entre partenaires sexuels parmi les femmes de 15-19 ans

Pourcentage de femmes de 15-19 ans ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois avec un homme plus âgé qu'elle de 10 ans ou plus, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports à hauts risques avec un homme plus âgé qu'elle de 10 ans ou plus[1]	Effectif de femmes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]
Groupe d'âges		
15-17	9,6	246
18-19	16,2	266
État matrimonial		
Célibataire	13,5	475
A déjà été mariée	(7,6)	37
Connaît un endroit où se procurer des condoms[2]		
Oui	13,3	231
Non	12,8	280
Milieu de résidence		
Urbain	12,7	233
Rural	13,3	279
Province		
Kinshasa	16,2	109
Bas-Congo	9,8	30
Bandundu	13,4	121
Équateur	(2,9)	70
Orientale	(15,1)	50
Nord-Kivu	(15,5)	21
Sud-Kivu	(12,3)	31
Maniema	*	8
Katanga	(20,1)	41
Kasaï Oriental	*	14
Kasaï Occidental	*	17
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	(14,1)	54
Primaire	15,3	216
Secondaire	10,1	237
Supérieur	*	5
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	16,0	91
Second	19,2	79
Moyen	6,5	97
Quatrième	8,3	107
Le plus riche	15,8	137
Ensemble 15-19 ans	13,0	512

[1] Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant
[2] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

14.9.6 Rapports sexuels après avoir bu de l'alcool parmi les jeunes

Il est reconnu que la consommation excessive d'alcool perturbe le jugement et contribue à augmenter la pratique de comportements à risques, en particulier de transmission du VIH. Au cours de l'enquête, on a donc demandé aux jeunes de 15-24 ans si la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels, eux ou leur partenaire, avaient bu de l'alcool.

La proportion de femmes qui ont eu des rapports sexuels en état d'ivresse est très faible. Seulement 1 femme sur 100 a eu de tels rapports. Par contre, 3 femmes sur 100 ont eu de tels rapports en étant ivres ou avec un partenaire qui l'était. Cette proportion a tendance à augmenter avec l'âge, passant de 1 % chez les jeunes femmes de 15-17 ans à 5 % chez celles âgées de 23-24 ans. Elle est également plus élevée chez les jeunes femmes qui ont déjà été en union (5 % contre 2 % pour les célibataires), chez celles de la province Orientale (6 %), du Sud-Kivu et de l'Équateur (4 % dans chaque cas) par rapport à celle du Maniema (1 %). Selon le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique, aucune tendance nette ne semble se dessiner.

Chez les jeunes hommes, la proportion de ceux qui, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ont eu des rapports sexuels en étant ivres est un peu plus élevée que celle observée chez les femmes (3 % contre 1 %). Elle est identique pour ceux qui ont eu des rapports sexuels en étant ivres ou avec une partenaire qui l'était. Les variations de cette proportion selon les caractéristiques

Tableau 14.20 Rapports sexuels après avoir bu de l'alcool parmi les jeunes

Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en étant ivres et pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en étant ivres ou avec un partenaire qui était ivre, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes			Hommes		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en étant ivres	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en étant ivres ou avec un partenaire qui était ivre	Effectif de femmes	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en étant ivres	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois en étant ivres ou avec une partenaire qui était ivre	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-19	0,7	1,9	2 030	1,1	1,5	988
15-17	0,6	1,2	1 196	0,6	0,6	622
18-19	0,7	2,9	834	1,9	3,2	366
20-24	0,9	4,5	2 274	5,2	5,3	869
20-22	1,0	4,5	1 452	5,4	5,6	550
23-24	0,8	4,6	822	4,7	4,7	320
État matrimonial						
Célibataire	0,8	1,7	2 145	2,6	3,0	1 512
A déjà été marié	0,8	4,8	2 159	4,6	4,6	346
Connaît un endroit où se procurer des condoms[1]						
Oui	1,1	3,8	1 599	3,6	4,0	1 124
Non	0,6	3,0	2 705	2,1	2,3	734
Milieu de résidence						
Urbain	1,0	2,7	2 061	3,0	3,0	836
Rural	0,6	3,8	2 243	3,0	3,6	1 022
Province						
Kinshasa	1,7	3,3	715	4,8	4,8	276
Bas-Congo	0,9	2,1	163	4,2	4,2	68
Bandundu	1,4	3,3	652	2,8	4,0	305
Équateur	0,2	3,5	504	5,9	5,9	255
Orientale	0,7	6,3	423	2,6	3,8	195
Nord-Kivu	0,4	3,8	161	3,9	3,9	54
Sud-Kivu	0,1	4,3	204	1,0	1,0	81
Maniema	0,6	1,1	139	1,8	1,8	45
Katanga	0,0	2,5	460	2,4	2,4	222
Kasaï Oriental	0,5	2,2	510	0,8	0,8	180
Kasaï Occidental	0,7	2,6	373	0,0	0,0	175
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	1,4	5,0	713	10,7	10,7	109
Primaire	0,3	3,4	1 662	2,5	2,5	605
Secondaire	0,9	2,3	1 814	2,5	3,0	1 089
Supérieur	1,8	6,3	115	2,9	2,9	55
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,4	3,8	721	3,0	3,0	280
Second	0,3	4,9	768	3,1	4,9	318
Moyen	0,9	2,6	850	2,9	2,9	455
Quatrième	0,4	2,3	900	1,6	1,6	366
Le plus riche	1,6	3,1	1 066	4,2	4,2	438
Ensemble 15-24 ans	0,8	3,3	4 304	3,0	3,3	1 858

[1] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.

sociodémographiques sont les mêmes que celles observées chez les jeunes femmes. On note cependant qu'en ce qui concerne le niveau d'instruction, la proportion des hommes sans instruction qui ont eu des rapports sexuels en état d'ivresse ou avec une partenaire ivre se détache nettement des autres (11 % contre 3 % chez les hommes du niveau primaire, secondaire ou supérieur).

14.9.7 Test du VIH parmi les jeunes

Les données des tableaux 14.18.1 et 14.18.2 ont montré que 35 % des femmes et 82 % des jeunes hommes de 15-24 ans avaient eu, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, des rapports sexuels à hauts risques. Il est donc important de connaître la proportion de jeunes qui ont effectué un test du VIH et qui ont eu connaissance des résultats. Les résultats sont présentés au tableau 14.21. Seulement 4 jeunes femmes de 15-24 ans sur 100 et une proportion plus faible de jeunes hommes (3 sur 100) ont effectué un test du VIH et ont obtenu les résultats au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Chez les jeunes femmes, cette proportion est plus élevée parmi celles qui connaissent un endroit où se procurer des condoms (7 %), parmi celles du milieu urbain (8 % contre 1 % des jeunes femmes du milieu rural), parmi les femmes du Sud-Kivu (12 %), de Kinshasa (10 %) et du Nord-Kivu (8 %) ainsi que parmi les femmes les plus instruites (15 % contre 2 % des femmes sans instruction) et celles vivant dans un ménage du quintile le plus riche (11 %). Elle est très faible parmi les femmes de Bandundu, de l'Équateur et du Kasaï Occidental (1 %).

Chez les hommes, on note comme chez les femmes, que la proportion de ceux qui connaissent leur statut sérologique est plus élevée en milieu urbain (5 %) qu'en milieu rural (2 %). Par contre, à la différence des femmes, c'est parmi les hommes sans instruction que la proportion de ceux qui ont eu connaissance de leur statut sérologique est la plus élevée (9 % contre 4 % parmi ceux ayant un niveau secondaire). De même, l'écart entre le quintile le plus pauvre et le plus riche est moins important que celui constaté chez les femmes (4 % contre 5 %). Dans les provinces, on note que la proportion d'hommes qui ont effectué récemment un test du VIH et qui ont eu connaissance des résultats varie de moins de 1 % dans les provinces du Kasaï Occidental et de l'Équateur à 7 % au Bas-Congo et à un maximum de 12 % au Kasaï Oriental.

Tableau 14.21 Test du VIH récent parmi les jeunes

Parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage ayant effectué un test du VIH au cours des 12 derniers mois et qui ont eu connaissance des résultats, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes		Hommes	
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Pourcentage ayant effectué un test du VIH et ayant reçu les résultats au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-19	3,6	931	1,2	420
15-17	2,0	393	1,2	208
18-19	4,7	538	1,1	212
20-24	4,2	1 780	4,4	667
20-22	4,5	1 094	2,7	414
23-24	3,7	686	7,3	253
État matrimonial				
Célibataire	3,9	788	3,5	768
A déjà été marié	4,0	1 924	2,4	319
Connaît un endroit où se procurer des condoms[1]				
Oui	6,7	1 082	4,5	742
Non	2,2	1 630	0,2	344
Milieu de résidence				
Urbain	7,5	1 154	4,8	443
Rural	1,4	1 557	2,0	643
Province				
Kinshasa	10,0	395	3,7	131
Bas-Congo	5,4	113	6,8	44
Bandundu	1,0	433	3,1	191
Équateur	0,8	362	0,0	178
Orientale	3,2	332	2,1	129
Nord-Kivu	7,6	96	1,2	34
Sud-Kivu	11,7	133	5,8	56
Maniema	2,2	87	1,7	26
Katanga	2,1	269	3,1	129
Kasaï Oriental	4,4	265	11,6	86
Kasaï Occidental	0,9	227	0,0	84
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	1,5	509	8,6	74
Primaire	1,4	1 114	0,4	337
Secondaire	7,2	1 020	4,0	643
Supérieur	15,4	70	(3,2)	33
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	1,4	510	4,2	167
Second	0,6	547	0,0	194
Moyen	1,5	580	2,0	275
Quatrième	5,9	547	4,4	235
Le plus riche	10,6	529	5,3	215
Ensemble 15-24 ans	4,0	2 712	3,2	1 087

[1] Dans ce tableau, les réponses telles que « les amis », « la famille » et « la maison » n'ont pas été prises en compte comme source d'approvisionnement du condom.
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

PRÉVALENCE DU VIH ET FACTEURS ASSOCIÉS 15

15.1 INTRODUCTION

Ce chapitre présente les informations sur la couverture du test de dépistage du VIH parmi les hommes et les femmes éligibles, la prévalence du VIH chez les personnes enquêtées et testées ainsi que les facteurs associés à cette infection. L'infection par le VIH constitue un problème de santé publique ayant un impact négatif sur le développement socio-économique des pays. Après l'apparition des premiers cas de sida dans les années 80, des initiatives ont été mises en place pour lutter contre cette pandémie.

L'OMS, en collaboration avec l'ONUSIDA et le CDC/Atlanta, a élaboré des normes et des directives de surveillance épidémiologique du VIH. Suivant ces directives, un système de surveillance par réseau sentinelle a été mis en place dans les maternités à travers le pays. C'est dans ce cadre que se déroulent annuellement les activités de surveillance biologique du VIH chez les femmes en consultation prénatale. Cette surveillance a permis de suivre l'évolution de l'épidémie en RDC depuis 1985. En effet, les différentes études menées dans ce cadre ont montré que la prévalence de l'infection par le VIH auprès des femmes enceintes était largement supérieure à 1 %, ce qui signifie que l'on se trouve en présence d'une épidémie généralisée.

Ces données des sites sentinelles ont été, jusque là, la principale source d'informations sur la prévalence du VIH en RDC. Cette approche méthodologique comporte des limites et des biais pour estimer le taux d'infection par le VIH dans la population générale adulte. En effet, les données ne sont pas représentatives de l'ensemble des femmes car un certain nombre d'entre elles n'utilisent pas les services de consultation prénatale. De plus, étant donné qu'en Afrique subsaharienne, la transmission se fait essentiellement au cours des rapports hétérosexuels non protégés (ONUSIDA et OMS, 1999), les femmes enceintes sont plus exposées à l'infection par le VIH que les femmes qui se protègent du virus en utilisant des condoms pour prévenir une grossesse ou que celles qui sont sexuellement moins actives. Par ailleurs, les hommes ne sont pas pris en compte par ce système de surveillance sentinelle.

Selon les directives de surveillance du VIH de seconde génération, élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA, il est recommandé de réaliser, à intervalle régulier d'environ 3 à 5 ans, des enquêtes de prévalence du VIH dans la population générale. Ceci, dans le but d'obtenir une estimation fiable de la prévalence dans la population générale et de calibrer les paramètres des modèles d'estimation et de projection basés sur les données de surveillance sentinelle (ONUSIDA et OMS, 2005). L'Enquête Démographique et de Santé, réalisée en République Démocratique du Congo en 2007, dans le cadre du projet international DHS, est la première enquête à effectuer un test du VIH dans la population générale de la RDC. Ce test de dépistage permet de lier les résultats aux principales caractéristiques sociodémographiques et comportementales des individus.

15.2 PROTOCOLE DU TEST DU VIH

15.2.1 Objectif du test du VIH

La réalisation du test du VIH visait à estimer la prévalence de la pandémie dans la population générale âgée de 15 à 49 ans. La désagrégation de cet indicateur par caractéristiques sociodémographiques des enquêtés permettra aux décideurs et aux chargés de programmes de mieux

connaître l'épidémie du VIH afin de lutter efficacement contre cette maladie en RDC. Elle permettra aussi d'identifier les sous-groupes les moins touchés et les plus touchés pour un meilleur ciblage des interventions.

15.2.2 Test du VIH

Le test du VIH a été effectué dans le sous échantillon d'un ménage sur deux sélectionné pour l'enquête homme. Dans cette moitié des ménages, toutes les femmes de 15-49 ans et tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH.

Les prélèvements de sang ont été effectués auprès de tous les hommes et toutes les femmes éligibles de ces ménages qui acceptaient volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole anonyme lié développé par le projet DHS et approuvé par le Comité d'Éthique (*Internal Review Board*) de Macro International. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Le Comité d'Éthique de l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa a, après examen et amendement, approuvé le protocole anonyme lié spécifique pour l'EDS-RDC et la version finale de la déclaration de consentement éclairé et volontaire du test.

Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'a pas été possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Cependant, aux personnes éligibles, qui avaient accepté ou non d'être testées pour le VIH, on a remis un coupon de référence pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuits auprès d'un centre de dépistage volontaire (CDV). Au bénéfice des populations des zones d'enquête où les services de CDV ne sont pas disponibles, des CDV à courts termes (services mobiles) ont été organisés avec le concours de *Family Health International* (FHI) et de Caritas/Congo.

Pour effectuer les prélèvements sanguins auprès des personnes éligibles, chaque équipe de terrain comprenait au moins un enquêteur/agent de santé spécialement chargé des prélèvements pour les tests du VIH et d'anémie. En plus de la formation d'enquêteurs, ces agents de santé avaient reçu une formation spéciale sur tous les aspects des protocoles des tests d'anémie et du VIH. Pour chaque personne éligible, l'agent de santé cherchait d'abord à obtenir son consentement éclairé après lui avoir expliqué les procédures de prélèvement, la confidentialité et l'anonymat du test. Pour les femmes et les hommes qui acceptaient d'être testés, l'agent de santé, en respectant toutes les précautions d'hygiène et de sécurité recommandées, a prélevé des gouttes de sang sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code barre a ensuite été collée sur le papier filtre contenant le sang. Une deuxième étiquette avec le même code barre a été collée dans le questionnaire ménage, à l'endroit où était consigné le consentement de la personne éligible et une troisième étiquette, toujours avec le même code barre, a été collée sur la fiche de transmission des échantillons de sang. Les gouttes de sang sur papier filtre ont été séchées pendant 24 heures au minimum, dans une boîte de séchage avec, à l'intérieur, des dessiccatifs pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique.

Pour la bonne conservation des prélèvements, des dessiccatifs et un indicateur d'humidité ont été placés dans le petit sac. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés au sec dans des glacières jusqu'à leur acheminement au bureau central dans les locaux affectés au projet EDS-RDC dans les installations de l'Institut National de la Statistique (INS) à Kinshasa/Limete. À leur arrivée à l'INS, ils ont été immédiatement vérifiés et toujours conditionnés dans les glacières avant leur enregistrement et leur transfert au Laboratoire National de Référence (LNR) de l'hôpital général de Kinshasa.

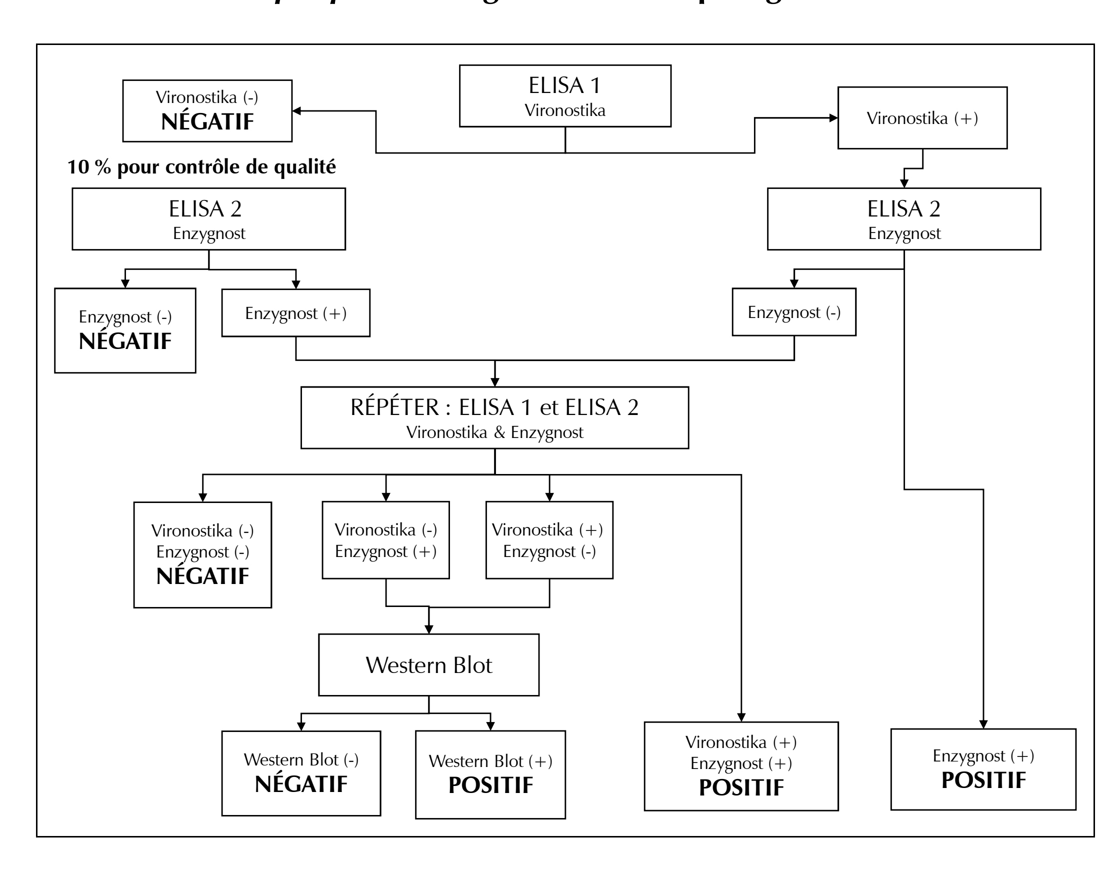
Les travaux d'extraction et d'analyse des échantillons de sang au laboratoire n'ont pas été réalisés immédiatement après leur réception. Il a fallu attendre le brouillage des données de l'enquête et la destruction physique des questionnaires. Le brouillage a consisté en la suppression du fichier

informatique des identifiants géographiques des grappes (zones d'enquête) et de toute information qui pouvait permettre d'identifier les personnes physiques. Pendant ce temps, les échantillons ont été conservés au laboratoire à -20 degrés Celsius. Le test des anticorps anti-VIH et la restitution des résultats ont été effectués par ce laboratoire qui est le laboratoire de référence en RDC en matière de VIH. Il est régulièrement soumis à un rigoureux contrôle de qualité interne, ainsi qu'à un contrôle de qualité externe. Le LNR participe à différents programmes de contrôle de qualité de la sérologie VIH organisés par l'OMS (sérologie effectuée sur sérums) et le CDC d'Atlanta aux États Unis (sérologie effectuée sur sérums et sur gouttes de sang séchées). En ce qui concerne les procédures de test au laboratoire, les gouttes de sang séchées sur papier filtre ont été perforées à l'aide d'une poinçonneuse. Le poinçon coupé mesurait approximativement 6 mm de diamètre et était ensuite plongé dans 150 microlitres de solution PBS pour élution du sérum. Ensuite, le LNR a traité les prélèvements selon l'algorithme décrit ci-dessous.

15.2.3 Dépistage et confirmation

L'algorithme utilisé (Graphique 15.1) a consisté à tester tous les échantillons par un premier ELISA (Vironostika® HIV Uni-Form II plus O) selon le protocole fourni par le fabricant. Les échantillons dépistés positifs par le premier ELISA ainsi que 10 % des négatifs étaient ensuite analysés à l'aide d'un second ELISA (Enzygnost® HIV Anti-VIH1/2 plus). Tous les échantillons positifs sur les deux ELISA ont été reportés positifs. Tous les échantillons discordants aux deux ELISA ont été re-testés par les deux ELISA. Tous les échantillons qui sont restés discordants ont été confirmés par Western Blot.

Graphique 15.1 Algorithme de dépistage du VIH



15.2.4 Traitement informatique

Un programme en CSPro développé par Macro International et adapté à l'algorithme retenu, a été fourni au LNR pour le traitement des résultats des tests. Les responsables du LNR ont régulièrement fourni à l'équipe d'encadrement technique du projet EDS-RDC les résultats agrégés de façon à ce qu'ils puissent suivre le déroulement des tests et déceler d'éventuelles anomalies. Concernant la restitution des résultats, chaque prélèvement de sang transféré au LNR a été identifié par un code barre, et c'est ce seul code qui a été scanné dans le programme en CSPro et directement rattaché au résultat des tests. Ce fichier confidentiel est resté sous la responsabilité de LNR jusqu'à la fin de l'analyse de tous les échantillons de sang. Ce fichier a ensuite été associé au fichier de l'enquête en utilisant les codes à barre de façon à pouvoir analyser les données de prévalence en fonction des informations collectées lors de l'enquête. Rappelons que, auparavant, toutes les variables d'identification des individus avaient été brouillées du fichier de l'enquête de façon à rendre anonymes les données de l'enquête.

15.3 COUVERTURE DU TEST DU VIH

L'EDS-RDC de 2007 a couvert l'ensemble du pays (milieu urbain et milieu rural). Le tableau 15.1 présente la couverture du test du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans et chez les hommes de 15 à 59 ans selon le milieu de résidence ainsi que les résultats concernant les raisons pour lesquelles le prélèvement de sang n'a pas eu lieu chez certaines personnes éligibles.

Dans l'ensemble, 88 % des personnes éligibles pour le test du VIH ont été enquêtées et ont fourni du sang qui a pu être utilisé pour déterminer la prévalence du VIH ; 8 % ont été interviewées mais on n'a pas disposé de leur sang pour le test du VIH pour différentes raisons : refus d'effectuer le test (5 %), absence au moment du prélèvement de sang (1 %), problèmes logistiques ou techniques au moment de la collecte du sang ou au moment du test (2 %) et 4 % n'ont pas été enquêtées.

Le niveau de couverture du test du VIH est plus élevé en milieu rural (91 %) qu'en milieu urbain (86 %) et cela quel que soit le sexe. En effet, en milieu rural, 92 % des femmes et 90 % des hommes ont été enquêtées et testées contre respectivement 89 % et 82 % en milieu urbain. De manière générale, ce taux de couverture est plus élevé chez les femmes (90 %) que chez les hommes (86 %). En fonction des régions, on constate que c'est à Kinshasa que le taux de couverture est le plus faible (77 %) et, à l'opposé, c'est à l'Est qu'il est le plus élevé (94 %). Cette variation s'observe également selon le sexe, respectivement de 82 à 95 % pour les femmes et de 71 à 93 % pour les hommes.

Le refus d'effectuer le test du VIH est la principale raison de non-participation parmi les personnes éligibles (6 %). Les proportions de refus ne diffèrent que très peu entre les hommes et les femmes (7 % contre 6 %) ; entre milieux, l'écart est un peu plus important et c'est en urbain que le refus a été le plus fréquent (8 % contre 5 %). De plus, le faible taux de couverture obtenu à Kinshasa est dû essentiellement à une proportion importante de refus d'effectuer le test (16 %).

Tableau 15.1 Couverture du test du VIH selon le milieu et la région de résidence

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test, selon le milieu et la région de résidence (non pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Couverture du test								Total	Effectif
	Sang prélevé[1]		Refus d'effectuer le test		Absent au moment du prélèvement de sang		Autre/manquant[2]			
	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés		
FEMMES										
Milieu de résidence										
Urbain	89,2	0,7	5,5	1,2	0,6	0,9	1,0	0,9	100,0	2 491
Rural	91,5	0,6	3,4	0,9	0,7	0,6	1,7	0,7	100,0	2 636
Région EDS[3]										
Kinshasa	82,4	0,3	11,1	2,0	0,8	1,2	1,2	1,2	100,0	868
Ouest	89,5	0,7	4,1	0,8	1,1	1,0	2,2	0,5	100,0	1 339
Est	94,7	0,6	1,9	0,6	0,1	0,4	0,8	1,0	100,0	1 618
Centre-Sud	91,1	0,8	3,4	1,3	0,8	0,6	1,3	0,6	100,0	1 302
Ensemble	90,3	0,7	4,4	1,1	0,7	0,7	1,3	0,8	100,0	5 127
HOMMES										
Milieu de résidence										
Urbain	82,1	0,6	7,7	2,3	2,2	2,2	2,0	1,0	100,0	2 324
Rural	90,0	0,7	4,0	1,2	0,9	0,8	1,8	0,6	100,0	2 661
Région EDS[3]										
Kinshasa	71,0	0,7	15,7	2,9	2,6	3,7	2,4	1,2	100,0	765
Ouest	87,6	0,5	4,5	1,8	1,4	1,1	2,7	0,3	100,0	1 286
Est	92,4	0,5	3,0	1,1	0,2	0,4	1,4	1,1	100,0	1 518
Centre-Sud	87,6	0,6	4,2	1,6	2,3	1,7	1,6	0,4	100,0	1 211
Ensemble	86,3	0,7	5,7	1,7	1,5	1,4	1,9	0,8	100,0	4 985
ENSEMBLE										
Milieu de résidence										
Urbain	85,8	0,7	6,5	1,7	1,4	1,5	1,5	1,0	100,0	4 815
Rural	90,7	0,7	3,7	1,1	0,8	0,7	1,7	0,6	100,0	5 297
Région EDS[3]										
Kinshasa	77,0	0,5	13,2	2,4	1,7	2,3	1,7	1,2	100,0	1 633
Ouest	88,6	0,6	4,3	1,3	1,3	1,0	2,4	0,4	100,0	2 625
Est	93,6	0,5	2,5	0,8	0,1	0,4	1,1	1,0	100,0	3 136
Centre-Sud	89,4	0,7	3,8	1,4	1,6	1,2	1,4	0,5	100,0	2 513
Ensemble	88,4	0,7	5,0	1,4	1,1	1,1	1,6	0,8	100,0	10 112

[1] Y compris les prélèvements de sang séchés, testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat, qu'il soit positif, négatif, ou indéterminé. Indéterminé signifie que le prélèvement est passé par tous les tests de l'algorithme mais que le résultat n'a pas été concluant.
[2] Y compris : 1) autres résultats de la collecte de sang (par exemple, problèmes techniques sur le terrain), 2) spécimens perdus, 3) codes barre ne correspondant pas, et 4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, pas assez de sang pour compléter l'algorithme, etc.
[3] Pour les besoins de l'analyse, les provinces sont regroupées en régions de la manière suivante : l'Ouest comprend les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et de l'Équateur ; l'Est comprend la province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Maniema ; le Centre-Sud comprend les provinces du Katanga, du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental.

Le tableau 15.2 fournit les taux de couverture du test du VIH pour les femmes et les hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

De manière générale, les taux de couverture du test du VIH ne présentent pas de tendance nette selon l'âge. Toutefois, quel que soit le groupe d'âge, ces taux de couverture sont plus élevés chez les femmes que les hommes. Chez les femmes de 15-49 ans, les proportions de celles enquêtées et pour lesquelles le sang a été testé varient d'un minimum de 89 % à 15-19 ans à un maximum de 93 % à 45-49 ans alors que chez les hommes de 15-59 ans, les proportions évoluent de manière irrégulière, passant d'un minimum de 84 % à 35-39 ans à un maximum de 91 % à 50-54 ans.

Ce niveau du taux de couverture plus élevé chez les femmes que les hommes s'observe également quel que soit leur niveau d'instruction. Cependant, on note une diminution des taux de participation des personnes éligibles avec l'élévation du niveau d'instruction, du primaire vers le supérieur : respectivement de 92 % à 82 % pour les femmes et de 88 % à 76 % pour les hommes.

En ce qui concerne l'indice de bien-être, on n'observe pas de variation importante du niveau de participation des femmes et des hommes vivant dans les ménages des quatre premiers quintiles. Chez les femmes, il varie de 91 % à 93 % et chez les hommes, il se situe entre 88 % et 91 %. Cependant, les résultats montrent que c'est parmi les enquêtés des ménages les plus aisés (appartenant au quintile le plus riche) que le taux de participation des femmes et des hommes est le plus faible, respectivement 86 % et 76 %.

Globalement, les résultats montrent que le refus d'effectuer le test est la principale raison de non-participation des personnes éligibles. C'est parmi les femmes et les hommes les plus éduqués et parmi ceux des ménages les plus riches que ce taux de refus est le plus élevé (respectivement 14 % et 15 % et 10 % et 14 %). Par rapport à l'âge, ce sont les femmes âgées de 20-24 ans qui ont le plus fréquemment refusé de participer au test du VIH, soit 7 % et chez les hommes, ce sont ceux âgés de 30-34 ans et de 40-44 ans (9 % dans les deux cas).

En annexe A figurent les taux de couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques et comportementales des femmes et des hommes (tableaux A.7 à A.10). Quelles que soient les caractéristiques, on ne constate aucune tendance nette des taux de participation qui pourrait indiquer un biais systématique des estimations de la prévalence du VIH.

Tableau 15.2 Couverture du test du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans éligibles pour le test du VIH selon qu'ils ont effectué, ou non, le test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Couverture du test: Sang prélevé[1]		Refus d'effectuer le test		Absent au moment du prélèvement de sang		Autre/manquant[2]		Total	Effectif
	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés	Enquêtés	Non enquêtés		
FEMMES										
Groupe d'âges										
15-19	88,5	0,9	5,0	0,9	0,9	0,7	1,7	1,5	100,0	1 056
20-24	89,1	1,0	5,7	0,9	0,7	1,1	1,1	0,4	100,0	1 140
25-29	91,9	0,5	3,2	1,7	0,5	0,2	1,4	0,6	100,0	865
30-34	91,9	0,6	3,3	0,7	0,9	0,9	1,3	0,4	100,0	694
35-39	90,3	0,5	4,5	1,4	0,9	0,9	0,5	0,9	100,0	558
40-44	90,1	0,4	4,6	1,1	0,4	0,6	2,1	0,6	100,0	475
45-49	93,2	0,3	3,0	0,6	0,0	0,6	1,2	1,2	100,0	338
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	90,4	1,5	3,3	1,1	0,3	0,5	2,5	0,6	100,0	1 099
Primaire	91,7	0,6	3,3	0,7	0,9	0,8	0,9	1,3	100,0	1 965
Secondaire	89,6	0,4	5,7	1,3	0,6	0,7	1,2	0,5	100,0	1 920
Supérieur	81,7	0,0	11,3	2,8	1,4	1,4	1,4	0,0	100,0	142
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	91,7	0,2	3,2	0,9	0,6	0,5	2,1	0,7	100,0	940
Second	90,6	1,5	2,9	0,9	0,9	0,6	1,5	1,1	100,0	908
Moyen	93,0	0,7	3,2	0,8	0,5	0,5	0,6	0,5	100,0	955
Quatrième	92,2	0,8	3,6	0,7	0,4	0,6	1,1	0,8	100,0	1 042
Le plus riche	85,6	0,2	8,0	1,8	0,9	1,2	1,4	0,9	100,0	1 282
Ensemble	90,3	0,7	4,4	1,1	0,7	0,7	1,3	0,8	100,0	5 127
HOMMES										
Groupe d'âges										
15-19	85,3	1,2	5,4	1,8	1,9	1,2	2,5	0,8	100,0	971
20-24	85,1	0,9	5,8	1,8	1,9	1,5	2,5	0,6	100,0	895
25-29	86,9	0,6	5,6	1,7	1,8	1,3	1,8	0,4	100,0	719
30-34	86,9	0,5	7,2	1,4	0,8	1,0	1,4	0,8	100,0	625
35-39	84,3	0,6	5,7	1,6	2,2	2,2	2,2	1,4	100,0	508
40-44	86,0	0,2	5,7	2,8	1,1	1,8	1,4	0,9	100,0	436
45-49	88,3	0,3	5,5	1,0	1,3	1,3	1,6	0,8	100,0	385
50-54	90,6	0,0	3,9	1,6	0,4	2,3	0,8	0,4	100,0	256
55-59	90,0	0,5	5,3	1,6	0,0	0,5	0,5	1,6	100,0	190
Niveau d'instruction										
Aucune instruction	85,7	2,6	4,7	2,3	0,3	0,6	1,5	2,3	100,0	343
Primaire	88,2	0,7	4,2	1,7	1,1	1,2	2,0	0,9	100,0	1 492
Secondaire	87,0	0,4	5,8	1,3	1,8	1,4	1,7	0,4	100,0	2 764
Supérieur	76,1	0,5	11,8	3,4	1,6	2,4	2,9	1,3	100,0	381
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	90,5	0,8	3,5	1,0	1,1	1,0	1,7	0,4	100,0	904
Second	89,3	0,7	4,1	1,2	0,9	0,9	2,1	0,7	100,0	892
Moyen	91,0	0,9	3,4	1,7	0,9	0,7	0,9	0,4	100,0	962
Quatrième	87,7	0,5	4,4	1,4	1,5	0,9	2,5	1,2	100,0	1 019
Le plus riche	76,2	0,5	11,3	2,9	2,7	3,1	2,2	1,1	100,0	1 208
Ensemble	86,3	0,7	5,7	1,7	1,5	1,4	1,9	0,8	100,0	4 985

[1] Y compris les prélèvements de sang séchés, testés au laboratoire et pour lesquels on dispose d'un résultat, qu'il soit positif, négatif, ou indéterminé. Indéterminé signifie que le prélèvement est passé par tous les tests de l'algorithme mais que le résultat n'a pas été concluant.
[2] Y compris : 1) autres résultats de la collecte de sang (par exemple, problèmes techniques sur le terrain), 2) spécimens perdus, 3) codes barre ne correspondant pas, et 4) autres résultats du laboratoire comme du sang non testé pour raisons techniques, pas assez de sang pour compléter l'algorithme, etc.

15.4 PRÉVALENCE DU VIH

Selon les résultats de l'EDS-RDC de 2007, la prévalence de l'infection par le VIH dans la population âgée de 15 à 49 ans est de 1,3 % (tableau 15.3). Elle est de 1,6 % chez les femmes de 15-49 ans et de 0,9 % chez les hommes du même groupe d'âges. Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,78. Ce qui signifie qu'il y a 178 femmes infectées pour 100 hommes. Ces chiffres, comparables à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires en Afrique subsaharienne, confirment que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection par le VIH : EDS Ouganda (1,50), Rwanda (1,57), Cameroun (1,66) et République Centrafricaine (1,81).

15.4.1 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques

Si l'on considère l'âge des personnes éligibles (tableau 15.3 et graphique 15.2), on ne note pas de tendance nette de la prévalence du VIH dans l'ensemble, les proportions variant de 0,4 % pour le groupe 20-24 ans à 2,7 % pour celui de 40-44 ans. Ce constat s'observe également pour les deux sexes. Cependant, les résultats montrent nettement que les femmes ont une prévalence plus élevée que les hommes dans tous les groupes d'âge, excepté celui de 15-19 ans où proportionnellement, les hommes sont plus infectés que les femmes (1,7 % contre 0,7 %) et celui de 20-24 ans où les proportions ne sont pas si différentes entre les deux sexes (0,4 % pour les femmes et 0,3 % pour les hommes). Chez les femmes, la prévalence la plus élevée se situe à 40-44 ans (4,4 %) tandis que chez les hommes, elle s'observe plus tôt à 35-39 ans (1,8 %). C'est à 20-24 ans que, quel que soit le sexe, la prévalence est la plus faible.

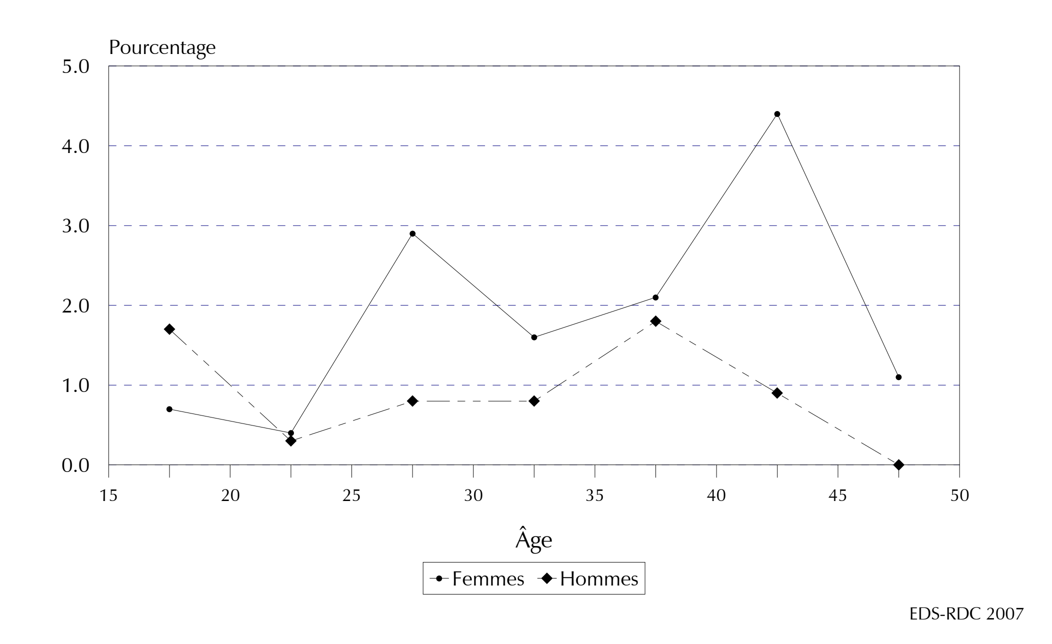
Tableau 15.3 Prévalence du VIH selon l'âge

Parmi les femmes de 15-49 ans et les hommes de 15-59 ans (population de fait) qui ont été enquêtés et qui ont effectué le test du VIH, pourcentage qui sont VIH positifs selon l'âge, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes		Hommes		Ensemble	
Groupe d'âges	Pourcentage positifs VIH	Effectif	Pourcentage positifs VIH	Effectif	Pourcentage positifs VIH	Effectif
15-19	0,7	898	1,7	917	1,2	1 816
20-24	0,4	996	0,3	807	0,4	1 802
25-29	2,9	742	0,8	604	1,9	1 346
30-34	1,6	611	0,8	521	1,2	1 133
35-39	2,1	476	1,8	449	1,9	926
40-44	4,4	405	0,9	375	2,7	780
45-49	1,1	363	0,0	338	0,6	701
Ensemble 15-49 ans	1,6	4 492	0,9	4 012	1,3	8 504
Hommes 50-59 ans	na	na	0,6	432	na	na
Ensemble 15-59 ans	na	na	0,9	4 444	na	na

na=Non applicable

Graphique 15.2 Prévalence du VIH par sexe et âge



EDS-RDC 2007

Le tableau 15.4 présente les résultats concernant la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques. Il ressort de ce tableau que la prévalence est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (1,9 % contre 0,8 %). Cet écart entre les deux milieux de résidence s'observe quel que soit le sexe : 2,4 % contre 1,0 % pour les femmes et 1,3 % contre 0,6 % pour les hommes.

Les résultats selon le niveau d'instruction font apparaître que la prévalence du VIH augmente avec l'élévation de celui-ci, variant de 0,6 % pour les personnes sans instruction à un maximum de 1,5 % pour celles de niveau primaire et de 1,4 % pour celles ayant un niveau secondaire ou supérieur. Chez les femmes, les proportions varient de 0,6 % à 3,2 % ; chez les hommes, les écarts sont moins importants que chez les femmes (0,7 % parmi ceux sans instruction à un maximum de 1,2 % parmi ceux du niveau secondaire).

Par ailleurs, on constate que le taux d'infection par le VIH ne présente pas d'écarts significatifs selon la situation d'emploi des enquêtés. Il est de 1,3 % parmi ceux qui travaillaient au moment de l'enquête contre 1,2 % parmi ceux qui ne travaillaient pas. Ce constat est le même quel que soit le sexe : respectivement 1,7 % contre 1,5 % pour les femmes et 1 % contre 0,9 % pour les hommes.

D'autre part, on note que pour l'ensemble de la population, la prévalence du VIH augmente avec l'amélioration du bien être des ménages, en particulier à partir du quatrième quintile : de 0,6 % chez les plus pauvres à 2,0 % chez les plus riches. Chez les femmes, cette situation est quasiment identique (de 1,2 % chez les plus pauvres à 2,3 % chez les plus riches) ; cependant, dans le quintile moyen, la prévalence est aussi faible que chez les plus pauvres (1,2 %). Chez les hommes, on observe également la même tendance, de 0,1 % parmi ceux du quintile le plus pauvre à environ 2 % parmi ceux des deux quintiles les plus riches.

Tableau 15.4 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques socio-économiques

Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques socio-économiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique socio-économique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	0,6	979	0,7	222	0,6	1 201
Primaire	2,1	1 772	0,5	1 158	1,5	2 930
Secondaire	1,6	1 643	1,2	2 377	1,4	4 019
Supérieur	3,2	99	0,7	255	1,4	354
Situation d'emploi (12 derniers mois)						
Ne travaille pas	1,5	1 415	0,9	1 144	1,2	2 559
Travaille	1,7	3 072	1,0	2 856	1,3	5 929
Milieu de résidence						
Urbain	2,4	2 055	1,3	1 769	1,9	3 824
Rural	1,0	2 437	0,6	2 243	0,8	4 680
Région EDS[1]						
Kinshasa	2,3	709	1,3	598	1,9	1 307
Ouest	1,0	1 461	0,5	1 309	0,7	2 770
Est	2,1	956	1,7	839	1,9	1 795
Centre-Sud	1,6	1 366	0,8	1 267	1,2	2 633
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	1,2	814	0,1	706	0,6	1 520
Second	1,4	857	0,1	714	0,8	1 571
Moyen	1,2	944	0,7	951	1,0	1 895
Quatrième	1,8	843	2,1	756	1,9	1 599
Le plus riche	2,3	1 034	1,6	885	2,0	1 919
Ensemble 15-49 ans[1]	1,6	4 492	0,9	4 012	1,3	8 504
Hommes 50-59 ans	na	na	0,6	432	na	na
Ensemble 15-59 ans	na	na	0,9	4 444	na	na

[1] Pour les besoins de l'analyse, les provinces sont regroupées en régions de la manière suivante : l'Ouest comprend les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et de l'Équateur ; l'Est comprend la province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Maniema ; le Centre-Sud comprend les provinces du Katanga, du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental.
[2] Y compris 5 femmes et 12 hommes pour lesquels la situation d'emploi est indéterminée
na = Non applicable

En fonction des régions, on observe quelques écarts. En effet, la ville de Kinshasa et la région Est se caractérisent par la prévalence du VIH la plus élevée (1,9 % dans les deux cas). Le niveau de prévalence est le plus faible dans la région Ouest (0,7 %). Les résultats selon le sexe montrent qu'en ce qui concerne les femmes, la prévalence varie d'un maximum de 2,3% à Kinshasa à un minimum de 1,0 % dans la région Ouest. Chez les hommes, elle est la plus élevée à l'Est (1,7 %) et la plus faible à l'Ouest (0,5 %).

Globalement, les résultats montrent que les femmes ont une prévalence du VIH plus élevée que les hommes, cela quelle que soit la caractéristique socio-économique étudiée ; cependant parmi les personnes sans instruction, l'écart est très faible. Parmi les ménages du quatrième quintile, la proportion de femmes séropositives est légèrement inférieure à celle des hommes (1,8 % contre 2,1 %).

Les résultats de la prévalence du VIH en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques sont présentés au tableau 15.5. Comme on pouvait s'y attendre, la prévalence du VIH présente de très fortes variations selon l'état matrimonial. C'est parmi les personnes veuves que la proportion de séropositifs est la plus élevée (7,8 %). Parmi les autres catégories, la prévalence est beaucoup plus faible et varie d'un minimum de 0,9 % parmi les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels à un maximum de 1,5 % parmi les divorcés et séparés.

On trouve ce même type de variation chez les femmes où 0,9 % des célibataires, 1,6 % de celles en union et 2,1 % des divorcées/séparées sont séropositives contre 9,3 % des veuves. A l'inverse, chez les hommes, c'est parmi les célibataires que la prévalence est la plus élevée (1,1 %) contre 0,9 % chez ceux en union et 0,4 % chez les divorcés/séparés. De plus, il faut remarquer que chez les célibataires femmes, la prévalence de celles n'ayant jamais eu de rapports sexuels est le double de celles qui en ont déjà eu (1,2 % contre 0,6 %). Ceci signifie soit qu'elles ont été infectées autrement que par voie sexuelle (principale voie de contamination), soit qu'elles n'ont pas déclaré avoir eu des rapports sexuels. Cette situation est l'inverse chez les hommes célibataires (respectivement 0,6 % contre 1,3 %).

Par ailleurs, les résultats en fonction du type d'union ne font pas apparaître d'écarts importants, la prévalence variant de 1,2 % parmi les personnes en union polygame à 1,4 % parmi celles en union monogame. Cependant, les écarts sont plus prononcés chez les hommes : la prévalence est plus faible parmi ceux qui sont en union polygame (0,3 %) que parmi ceux qui sont en union monogame (1,1 %). Chez les femmes, les écarts sont insignifiants.

Considérant les résultats selon la durée des séjours hors du ménage, on note que les proportions les plus élevées de personnes séropositives s'observent parmi les personnes ayant eu des séjours hors du ménage pendant plus d'un mois (2,3 % chez les femmes ; 1,9 % chez les hommes et 2 % pour l'ensemble) comparativement à celles qui n'ont pas eu de séjours hors du ménage (1,6 % chez les femmes ; 0,8 % chez les hommes et 1,2 % pour l'ensemble). De plus, en fonction de la fréquence des séjours hors du ménage, on note, dans l'ensemble, une légère augmentation de la prévalence du VIH avec l'augmentation du nombre de séjours hors du ménage (1,2 % pour aucun séjour hors du ménage à 1,7 % pour 5 séjours ou plus hors du ménage). Cette relation s'observe aussi chez les hommes mais pas du tout chez les femmes.

Tableau 15.5 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
État matrimonial						
Célibataire	0,9	1 085	1,1	1 683	1,0	2 768
A eu des rapports sexuels	0,6	562	1,3	1 133	1,1	1 695
N'a jamais eu de rapports sexuels	1,2	524	0,6	550	0,9	1 074
En union	1,6	2 980	0,9	2 125	1,3	5 105
Divorcé/séparé	2,1	331	0,4	186	1,5	517
Veuf	9,3	96	*	18	7,8	114
Type d'union						
Union polygame	1,8	601	0,3	341	1,2	942
Union monogame	1,7	2 135	1,1	1 557	1,4	3 692
Pas en union	1,7	1 512	1,0	1 887	1,3	3 399
Nombre de séjours hors du ménage au cours des 12 derniers mois						
0	1,6	3 355	0,8	2 404	1,2	5 759
1-2	2,1	857	0,7	911	1,4	1 767
3-4	1,3	157	1,6	309	1,5	466
5 ou plus	0,3	116	2,1	382	1,7	498
Séjours hors du ménage						
Séjours hors du ménage pendant plus d'un mois	2,3	524	1,9	744	2,0	1 268
Séjours hors du ménage pendant moins d'un mois	1,5	580	0,6	817	1,0	1 397
Pas de séjours hors du ménage	1,6	3 356	0,8	2 404	1,2	5 760
Actuellement enceinte						
Enceinte	0,5	505	na	na	na	na
Pas enceinte ou pas sûre	1,8	3 987	na	na	na	na
Soins prénatals pour la dernière naissance au cours des 3 dernières années						
Soins prénatals	1,3	1 800	na	na	na	na
Pas de soins prénatals	1,0	265	na	na	na	na
Pas de naissance au cours des 3 dernières années	1,9	2 414	na	na	na	na
Circoncision						
Circoncis	na	na	1,0	3 910	na	na
Pas circoncis	na	na	0,0	91	na	na
Ensemble 15-49 ans[1]	1,6	4 492	0,9	4 012	1,3	8 504
Hommes 50-59 ans	na	na	0,6	432	na	na
Ensemble 15-59 ans	na	na	0,9	4 444	na	na

[1] Y compris 244 femmes et 227 hommes pour lesquels le type d'union est indéterminé, 7 femmes et 8 hommes pour lesquels le nombre de séjours hors du ménage est indéterminé, 31 femmes et 48 hommes pour lesquels les séjours hors du ménage sont indéterminés, 14 femmes pour lesquelles les soins prénatals pour la dernière naissance sont indéterminés et 11 hommes pour lesquels la circoncision est indéterminée
na = Non applicable
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Concernant l'état actuel de grossesse, on constate que la prévalence du VIH parmi les femmes qui n'étaient pas enceintes ou n'étaient pas sûres de l'être au moment de l'enquête est supérieure à celle des femmes enceintes (1,8 % contre 0,5 %).

Enfin, les résultats montrent que la prévalence du VIH est de 1 % parmi les hommes circoncis alors que parmi ceux qui ne le sont, aucun cas positif n'a été identifié dans l'échantillon ; le petit échantillon d'hommes non circoncis pourrait expliquer ce résultat.

15.4.2 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Certains comportements sexuels constituent des facteurs de risques qui peuvent affecter le niveau de la prévalence du VIH et des IST. Le tableau 15.6 présente donc la prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel. Cependant, il est important de rappeler que les questions concernant les comportements sexuels sont très délicates à poser et qu'il est possible que certains comportements à risques n'aient pas été déclarés durant l'enquête. Par ailleurs, la plupart des informations collectées portent essentiellement sur le comportement sexuel au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, ce qui peut ne pas toujours refléter le comportement sexuel antérieur. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Dans l'ensemble, la prévalence du VIH parmi les enquêtés qui ont eu des rapports sexuels est estimée à 1,4 % ; elle s'élève à 1,0 % chez les hommes et à 1,7 % chez les femmes.

Concernant l'âge aux premiers rapports sexuels, on constate chez les femmes une variation de la prévalence en fonction de cet âge, les proportions de séropositives variant de 1,5 % quand les premiers rapports sexuels ont eu lieu avant 16 ans à 2,2 % quand ils ont eu lieu à 20 ans ou plus. Chez les hommes par contre, c'est quand les premiers rapports ont eu lieu à 16-17 ans que la prévalence est la plus élevée (1,4 %) et à l'opposé, c'est quand ils ont eu lieu plus tard qu'elle est la plus faible (0,7 % à 20 ans ou plus). De plus, quelque soit l'âge aux premiers rapports sexuels, la prévalence chez les femmes est toujours plus élevée que celle des hommes, surtout à partir de 18 ans où elle atteint plus du double (2,1 % contre 0,8 % à 18-19 ans) voire le triple (2,2 % contre 0,7 % à 20 ans ou plus).

En ce qui concerne les rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois, on constate, de manière paradoxale, dans l'ensemble de la population et parmi les femmes, que c'est parmi les enquêtés qui n'ont pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois que la proportion de séropositifs est la plus élevée (1,8 % dans l'ensemble et 2,7 % chez les femmes) ; à l'opposé, c'est parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques que la prévalence est la plus faible (respectivement 1,1 % et 0,9 %). Rappelons que ces informations qui portent sur le comportement sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête peuvent ne pas toujours refléter le comportement sexuel antérieur. Nous avons vu par exemple que les veuves et divorcées sont celles qui sont les plus touchées par l'infection par le VIH. Cette situation peut être le résultat d'une situation antérieure (par exemple, le mari est décédé du sida) et non d'une situation récente (la femme veuve ou divorcée n'ayant peut-être plus de rapports sexuels). Chez les hommes, par contre, c'est la situation inverse qui est observée : la prévalence passe d'un minimum de 0,4 % parmi ceux qui n'ont pas eu de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois à un maximum de 1,2 % parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels à hauts risques.

Globalement et contrairement à ce à quoi on pouvait s'attendre, la prévalence du VIH décroît avec l'augmentation du nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois : de 1,9 % parmi ceux qui n'ont eu aucun partenaire à 1,1 % parmi ceux qui en ont eu au moins deux. Cependant, selon le sexe, il ne se dégage aucune tendance très claire entre le niveau de la prévalence et le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois, bien que chez les femmes c'est parmi celles qui n'ont eu aucun partenaire sexuel que la prévalence est la plus élevée (2,8 %).

Tableau 15.6 Prévalence du VIH selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
<16	1,5	1 614	1,0	1 209	1,3	2 823
16-17	1,7	1 100	1,4	816	1,6	1 917
18-19	2,1	652	0,8	726	1,4	1 379
20+	2,2	357	0,7	676	1,2	1 033
Rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[1]						
Rapports sexuels à hauts risques	0,9	645	1,2	1 369	1,1	2 014
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	1,7	2 771	0,9	1 723	1,4	4 494
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	2,7	546	0,4	359	1,8	905
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	2,8	524	0,4	341	1,9	865
1	1,5	3 290	1,1	2 410	1,3	5 700
2 ou plus	1,7	125	1,0	669	1,1	794
Nombre de partenaires sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois[2]						
0	1,8	3 318	0,8	2 057	1,5	5 374
1	0,6	576	1,1	957	0,9	1 533
2 ou plus	3,2	69	1,5	438	1,7	507
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	1,4	640	1,4	1 266	1,4	1 906
N'a jamais utilisé de condom	1,8	3 306	0,8	2 175	1,4	5 481
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	3,3	144	2,0	349	2,4	493
N'a pas utilisé de condom	1,4	3 257	0,9	2 732	1,2	5 989
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	2,7	546	0,4	359	1,8	905
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	1,8	89	1,9	384	1,8	473
N'a pas utilisé de condom	0,7	556	1,0	1 010	0,9	1 566
Pas de rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois	1,8	3 318	0,8	2 057	1,5	5 374
Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie						
1	1,4	1 676	0,9	452	1,3	2 129
2	0,9	879	0,7	395	0,8	1 274
3-4	2,5	776	2,0	639	2,2	1 415
5-9	1,9	345	0,7	847	1,0	1 191
10 ou plus	3,2	123	0,9	808	1,2	931
Rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois[3]						
Oui	na	na	0,5	368	na	na
A utilisé un condom	na	na	1,1	98	na	na
N'a pas utilisé de condom	na	na	0,3	270	na	na
Non (Pas de rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois)	na	na	1,0	3 083	na	na
Ensemble 15-49 ans[4]	1,7	3 962	1,0	3 451	1,4	7 414
Hommes 50-59 ans	na	na	0,6	430	na	na
Ensemble 15-59 ans	na	na	0,9	3 881	na	na

[1] C'est-à-dire des rapports sexuels extraconjugaux ou avec un partenaire non cohabitant
[2] C'est-à-dire avec un partenaire extraconjugal et non cohabitant parmi les 3 derniers partenaires au cours des 12 derniers mois
[3] Y compris les hommes qui ont déclaré qu'au moins l'une de leurs trois dernières partenaires sexuelles, au cours des 12 derniers mois, était une prostituée
[4] Y compris 239 femmes et 24 hommes pour lesquels l'âge aux premiers rapports sexuel est indéterminé, 23 femmes et 32 hommes pour lesquels le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois est indéterminé, 17 femmes et 10 hommes pour lesquels l'utilisation du condom est indéterminée, 15 femmes et 11 hommes pour lesquels l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels est indéterminée et 163 femmes et 310 hommes pour lesquels le nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie est indéterminé
na = Non applicable
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

Par ailleurs, on n'observe pas non plus de tendance nette concernant la prévalence en fonction du nombre de partenaires sexuels à hauts risques : en effet, chez les femmes, bien que la proportion la plus élevée de séropositives soit observée parmi celles qui ont eu au moins 2 partenaires à hauts risques (3,2 %), les variations sont irrégulières. À l'opposé, chez les hommes, la proportion de séropositifs augmente avec le nombre de partenaires sexuels à hauts risques : de 0,8 % pour ceux n'ayant eu aucun partenaire à 1,5 % pour ceux qui en ont eu au moins deux.

Pour ce qui est du nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie des enquêtés, on ne note pas non plus de tendance régulière en fonction du nombre de partenaires. Cependant, c'est parmi les femmes ayant eu au moins 10 partenaires sexuels que la prévalence est la plus élevée (3,2 % contre 0,9 % quand elles en ont eu 2).

Les résultats selon l'utilisation du condom ne montrent globalement aucune différence du niveau de la prévalence selon que l'on a utilisé ou pas le condom lors des rapports sexuels (1,4 % dans les deux cas). Chez les femmes, la prévalence est de 1,8 % parmi celles qui n'ont jamais utilisé de condom contre 1,4 % parmi les autres. Chez les hommes par contre, elle est de 1,4 % parmi ceux qui ont déjà utilisé un condom contre 0,8 % pour les autres. Ce dernier constat s'observe également lorsqu'on analyse l'utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels des 12 derniers mois ou au cours des derniers rapports sexuels à hauts risques, où la proportion de séropositifs est nettement plus élevée chez les hommes et les femmes qui ont utilisé un condom que chez ceux qui n'en ont pas utilisé. Il est difficile de déterminer le sens de la relation entre l'utilisation du condom et le VIH, les condoms pouvant être utilisés par les personnes séronégatives pour se protéger du VIH, mais aussi par les personnes séropositives pour protéger leurs partenaires. C'est ce dernier type de relation qui semble se dégager des résultats de l'EDS-RDC.

Considérant les résultats de la prévalence du VIH en fonction des rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois, on constate que la prévalence est de 0,5 % chez les hommes qui ont eu des rapports sexuels avec une prostituée contre 1 % chez ceux qui n'en ont pas eu. La prévalence parmi les hommes qui ont utilisé un condom lors de ces rapports sexuels est de 1,1 % alors qu'elle est de 0,3 % parmi ceux qui n'en ont pas utilisé. Là encore, ces résultats surprenants résultent peut-être d'un comportement antérieur différent du comportement sexuel le plus récent (au cours des 12 derniers mois).

15.4.3 Prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans

La prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans est considérée comme un indicateur indirect des infections récentes dans les pays à épidémie généralisée et dont la transmission sexuelle est prépondérante. Elle peut donc fournir, indirectement, une estimation de l'incidence de l'infection par le VIH. Le tableau 15.7 présente cette prévalence selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

La prévalence moyenne du VIH chez les jeunes de 15-24 ans est estimée à 0,8 %. Elle est deux fois plus élevée chez les hommes par rapport aux femmes (1,0 % contre 0,5 %), ce qui donne un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 0,5. Ceci signifie que, parmi les 15-24 ans, 50 femmes sont infectées pour 100 hommes.

Dans l'ensemble, la prévalence diminue avec l'âge, variant de 1,2 % pour les 15-19 ans à 0,4 % pour les 20-24 ans. On observe la même tendance quel que soit le sexe : respectivement de 0,7 % à 0,4 % chez les femmes et de 1,7 % à 0,3 % chez les hommes.

Quel que soit l'état matrimonial, on note que la prévalence du VIH est plus élevée parmi les célibataires que parmi ceux en union (1,1 % contre 0,3 % globalement, 0,9 % contre 0,2 % chez les femmes et 1,2 % contre 0,4 % chez les hommes). Aucun cas positif n'a été trouvé parmi les jeunes divorcés, séparés ou veufs. Il faut aussi souligner que 1 % des jeunes femmes célibataires n'ayant jamais

eu de rapports sexuels sont infectées par le VIH contre 0,7 % de celles en ayant déjà eu. Comme pour les femmes de 15-49 ans, ceci signifie soit qu'elles ont été infectées autrement que par voie sexuelle (principale voie de contamination), soit qu'elles n'ont pas déclaré avoir eu des rapports sexuels.

Tableau 15.7 Prévalence du VIH parmi les jeunes selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de séropositifs parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Groupe d'âges						
15-19	0,7	898	1,7	916	1,2	1 815
15-17	0,4	538	2,4	573	1,4	1 111
18-19	1,2	361	0,5	343	0,8	704
20-24	0,4	996	0,3	807	0,4	1 803
20-22	0,4	635	0,3	512	0,4	1 146
23-24	0,4	361	0,3	296	0,4	656
État matrimonial						
Célibataire	0,9	953	1,2	1 407	1,1	2 361
A eu des rapports sexuels	0,7	443	1,5	891	1,3	1 334
N'a jamais eu de rapports sexuels	1,0	510	0,6	516	0,8	1 026
En union	0,2	846	0,4	247	0,3	1 093
Divorcé/séparé/veuf	0,0	95	0,0	69	0,0	164
Actuellement enceinte						
Enceinte	0,0	232	na	na	na	na
Pas enceinte ou pas sûre	0,6	1 662	na	na	na	na
Milieu de résidence						
Urbain	0,8	908	1,0	791	0,9	1 699
Rural	0,3	986	1,0	932	0,6	1 918
Région EDS[1]						
Kinshasa	1,8	322	0,8	267	1,4	589
Ouest	0,2	593	0,9	575	0,5	1 168
Est	0,7	403	2,9	336	1,7	739
Centre-Sud	0,1	575	0,2	545	0,1	1 121
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	0,0	333	1,5	104	0,4	437
Primaire	0,8	748	0,8	542	0,8	1 291
Secondaire	0,6	773	1,2	1 026	0,9	1 799
Supérieur	(0,0)	40	0,0	51	0,0	91
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,3	316	0,0	253	0,2	569
Second	0,0	326	0,1	281	0,1	607
Moyen	0,2	384	0,8	425	0,5	809
Quatrième	0,4	380	3,3	342	1,8	723
Le plus riche	1,4	488	0,7	422	1,1	910
Ensemble 15-24 ans	0,5	1 894	1,0	1 724	0,8	3 617

[1] Pour les besoins de l'analyse, les provinces sont regroupées en régions de la manière suivante : l'Ouest comprend les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et de l'Équateur ; l'Est comprend la province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Maniema ; le Centre-Sud comprend les provinces du Katanga, du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental.
na = Non applicable
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Aucun cas positif n'a été identifié dans l'échantillon parmi les jeunes femmes de 15-24 ans ayant déclaré être enceinte alors que la prévalence est de 0,6 % parmi celles ayant déclaré n'être pas enceinte ou pas sûre de l'être.

Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que la proportion de séropositifs en milieu urbain est de 0,9 % alors qu'elle est de 0,6 % en milieu rural pour l'ensemble de la population et 0,8 % contre 0,3 % parmi les jeunes femmes. Chez les jeunes hommes, par contre, on n'observe aucune différence (soit 1 % dans les deux milieux).

En rapport avec les régions de résidence, les résultats de l'enquête montrent que, globalement, la prévalence est plus élevée à l'Est (1,7 %) et à Kinshasa (1,4 %) qu'ailleurs. Le niveau le plus élevé s'observe à l'Est chez les jeunes hommes (2,9 %) et à Kinshasa chez les jeunes femmes (1,8 %).

Concernant la prévalence du VIH selon le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique, il ne ressort aucune tendance nette et globalement les proportions de séropositifs ne dépassent guère 1 %, à l'exception des ménages du 4e quintile où la prévalence du VIH est de 1,8 % et 3,3 % chez les hommes.

Le tableau 15.8 présente la prévalence du VIH parmi les jeunes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels selon certaines caractéristiques de comportement sexuel. Globalement, parmi les jeunes ayant déjà eu des rapports sexuels, 0,4 % des femmes et 1,2 % des hommes sont séropositifs, soit 0,8 % pour l'ensemble. Les variations de cette prévalence parmi les jeunes en fonction des caractéristiques de leur comportement sexuel sont très faibles.

Les résultats d'ensemble font apparaître que les jeunes ayant eu des rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois se caractérisent par une prévalence plus élevée que ceux qui ont eu des rapports sexuels qui n'étaient pas à risques et que ceux n'ayant pas eu de rapports sexuels récents (1,3 % contre respectivement 0,2 % et 0,3 %). Ce type de variation s'observe chez les hommes (1,6 % contre, respectivement 0,5 % et 0,0 %) ; chez les femmes, la tendance est moins nette (0,7 % contre respectivement 0,2 % et 0,6 %).

Il ressort également de ces résultats d'ensemble que, la prévalence augmente en fonction du nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois : de 0,3 % parmi les jeunes n'ayant eu aucun partenaire sexuel, la prévalence passe à 0,7 % parmi ceux ayant eu un seul partenaire pour atteindre 1,6 % chez ceux qui en ont eu au moins deux. La prévalence varie également dans le même sens pour le nombre de partenaires sexuels à hauts risques : de 0,3 % parmi ceux n'ayant eu aucun partenaire à 1,1 % parmi ceux ayant eu un seul partenaire et à un maximum de 1,8 % chez ceux qui en ont eu au moins deux. Cependant, tant chez les femmes que chez les hommes, il ne se dégage pas une tendance claire de ces résultats.

Concernant l'utilisation du condom, on constate, curieusement, que la prévalence est plus élevée parmi les jeunes qui l'ont déjà utilisé que parmi ceux qui ne l'ont jamais utilisé (respectivement 1,1 % contre 0,6 % dans l'ensemble, 0,8 % contre 0,3 % chez les femmes et 1,3 % contre 1,1 % chez les hommes). De même, la proportion de jeunes séropositifs est plus importante parmi ceux qui ont utilisé un condom que parmi ceux qui n'en ont pas utilisé lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois (respectivement 2,8 % contre 0,6 % dans l'ensemble, 2,4 % contre 0,2 % chez les femmes et 2,8 % contre 1,1 % chez les hommes). Par contre, on constate que parmi les jeunes qui n'ont pas utilisé de condom au cours des premiers rapports sexuels, le niveau de la prévalence est légèrement plus élevé que parmi ceux qui en ont utilisé un : 0,8 % dans l'ensemble, 0,4 % chez les femmes et 1,4 % chez les hommes.

Tableau 15.8 Prévalence du VIH parmi les jeunes selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Pourcentage de séropositifs parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes de 15-24 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui ont effectué le test du VIH, selon certaines caractéristiques du comportement sexuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique du comportement sexuel	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Écart d'âge du premier partenaire sexuel						
Homme plus âgé de 10 ans ou plus	0,0	177	na	na	na	na
Autre	0,5	1 109	na	na	na	na
Rapports sexuels à hauts risques[1] au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	0,7	400	1,6	836	1,3	1 235
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	0,2	794	0,5	181	0,2	975
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	0,6	190	0,0	191	0,3	381
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	0,6	185	0,0	186	0,3	371
1	0,2	1 134	1,5	751	0,7	1 885
2 ou plus	2,7	60	1,3	257	1,6	317
Nombre de partenaires sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	0,2	984	0,3	355	0,3	1 339
1	0,3	353	1,7	574	1,1	927
2 ou plus	(3,5)	46	1,5	279	1,8	325
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	0,8	258	1,3	456	1,1	714
N'a jamais utilisé de condom	0,3	1 119	1,1	749	0,6	1 868
Utilisation du condom au cours des premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	0,0	55	0,0	111	0,0	166
N'a pas utilisé de condom	0,4	1 315	1,4	1 073	0,8	2 388
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	2,4	66	2,8	214	2,8	280
N'a pas utilisé de condom	0,2	1 123	1,1	799	0,6	1 922
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	0,6	190	0,0	191	0,3	381
Ensemble 15-24 ans[2]	0,4	1 383	1,2	1 208	0,8	2 591

[1] Rapports sexuels avec un partenaire extraconjugal ou non cohabitant
[2] Y compris 98 femmes pour lesquelles l'écart d'âge avec le premier partenaire sexuel est indéterminé, 5 femmes et 13 hommes pour lesquels le nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois est indéterminé, 6 femmes et 2 hommes pour lesquels l'utilisation du condom est indéterminée, 9 femmes et 24 hommes pour lesquels l'utilisation du condom au cours des premiers rapports sexuels est indéterminée et 5 femmes et 3 hommes pour lesquels l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels est indéterminée
na = Non applicable
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

15.4.4 Prévalence du VIH selon les antécédents d'IST et selon le test du VIH antérieur à l'EDS-RDC

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) jouent un rôle dans la transmission sexuelle du VIH. Le tableau 15.9 présente la prévalence du VIH selon la prévalence déclarée des IST. Globalement, on constate que la prévalence est plus élevée chez les personnes ayant déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST que chez les autres (1,9 % contre 1,3 %). Les résultats selon le sexe font apparaître la même tendance parmi les femmes, la prévalence variant de 2,6 % parmi celles ayant eu une IST à 1,6 % parmi les autres. Par contre, parmi les hommes, on ne note pratiquement aucun écart de prévalence entre ceux qui ont déclaré avoir eu une IST ou des symptômes et ceux n'ayant déclaré ni IST, ni symptôme (1,2 % contre 1,0 %).

La promotion du dépistage est de nos jours une des politiques du PNMLS ayant pour but d'amener le plus grand nombre de personnes à connaître leur statut sérologique et à adopter des comportements à moindre risque. Le dépistage en RDC selon les normes et procédures en vigueur est un processus allant du conseil pré-test au conseil post-test.

Les résultats sur la prévalence du VIH pour les personnes ayant déjà eu des rapports sexuels selon qu'elles ont ou non effectué un test du VIH avant l'enquête sont présentés au tableau 15.9 ci-dessous. Dans l'ensemble, la prévalence du VIH chez les personnes qui ont déjà effectué un test est de 1,8 % contre 1,3 % parmi celles qui n'en ont jamais effectué. Cette prévalence est respectivement de 1,9 % contre 1,7 % chez les femmes et de 1,8 % contre 0,8 % chez les hommes. Par ailleurs, il faut souligner que le taux de prévalence est nettement plus élevé chez les personnes qui ont déjà effectué un test mais ne connaissent pas le résultat du test (2,5 % dans l'ensemble de la population, 2,8 % parmi les femmes et 2,1 % parmi les hommes) que chez celles qui ont déjà effectué un test et en connaissent le résultat (1,7 % dans tous les cas).

Tableau 15.9 Prévalence du VIH selon d'autres caractéristiques

Pourcentage de séropositifs parmi les femmes et les hommes de 15-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et qui ont effectué le test du VIH selon qu'ils ont eu ou non une IST au cours des 12 derniers mois et selon qu'ils ont effectué ou non un test du VIH avant l'enquête, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes		Hommes		Ensemble	
Caractéristique	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif	Pourcentage positifs	Effectif
Infection sexuellement transmissible au cours des 12 derniers mois						
A déclaré avoir eu une IST ou des symptômes d'IST	2,6	339	1,2	323	1,9	662
A déclaré n'avoir eu ni IST ni des symptômes d'IST	1,6	3 563	1,0	3 103	1,3	6 666
Test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test	1,9	423	1,8	372	1,8	795
A reçu les résultats	1,7	367	1,7	320	1,7	687
N'a pas reçu les résultats	2,8	56	2,1	51	2,5	107
N'a jamais effectué de test	1,7	3 489	0,8	3 006	1,3	6 495
Ensemble 15-49[1]	1,7	3 962	1,0	3 451	1,4	7 414

[1] Y compris 61 femmes et 26 hommes pour lesquels l'information sur les IST est indéterminée et 51 femmes et 73 hommes pour lesquels l'information sur le test antérieur est indéterminée

D'autre part, le tableau 15.10 présente les résultats concernant le statut sérologique des enquêtés en fonction du fait qu'ils ont effectué, ou non, un test du VIH avant l'enquête. Pour les personnes infectées, il permet de mesurer le niveau de connaissance de leur statut sérologique avant le test du VIH de l'EDS-RDC.

Près de neuf personnes séropositives sur dix de 15-49 ans ne connaissent pas leur statut sérologique, soit parce qu'elles n'ont jamais effectué de test (82 %), soit parce qu'elles ont effectué un test mais n'ont pas reçu les résultats du dernier test (3 %). On constate la même tendance quel que soit le sexe : 88 % des femmes n'avaient jamais effectué de test et 2 % en avaient déjà effectué un mais n'avaient pas reçu les résultats du dernier test. Chez les hommes, cependant, les résultats doivent être interprétés avec prudence du fait du nombre limité de cas.

Bien que les proportions des femmes et des hommes qui connaissent leur statut sérologique soient légèrement plus élevées parmi les séropositifs que les séronégatifs (11 % contre 9 %), il n'en reste pas moins qu'une très forte proportion de personnes infectées par le VIH (86 %) ne savent pas qu'ils sont porteurs du virus et ne seront donc pas en mesure de prendre les précautions nécessaires pour éviter la transmission de l'infection.

Tableau 15.10 Test du VIH antérieur à l'enquête selon le statut sérologique actuel

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont effectué ou non un test du VIH avant l'enquête et par statut sérologique, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Test du VIH antérieur à l'enquête	Femmes		Hommes		Ensemble	
	VIH positif	VIH négatif	VIH positif	VIH négatif	VIH positif	VIH négatif
A déjà effectué un test et connaît les résultats du dernier test	8,7	8,4	(14,5)	8,5	10,7	8,5
A déjà effectué un test et n'a pas reçu les résultats du dernier test	2,1	1,3	(5,5)	1,3	3,3	1,3
N'a jamais effectué de test	88,3	89,1	(71,1)	87,4	82,4	88,3
Manquant	0,8	1,1	(8,8)	2,7	3,5	1,9
Total[1]	100,0	100,0	(100,0)	100,0	100,0	100,0
Effectif	73	4 419	38	3 974	111	8 393

[1] Y compris les non déterminés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

15.4.5 Prévalence du VIH au sein du couple

La répartition de la prévalence du VIH parmi les couples cohabitants dont les deux conjoints ont été testés est présentée au tableau 15.11. Au total, on connaît le statut de séroprévalence des deux conjoints pour 2 117 couples. On constate que, dans 98 % des couples, les deux conjoints sont séronégatifs, dans 0,2 % des couples, les deux conjoints sont séropositifs et, dans 1,7 % des cas, l'un des deux conjoints est séropositif. Cette dernière catégorie, appelée « couples discordants », est constituée de couples dans lesquels c'est l'homme seul qui est séropositif (0,6 %) et de couples dans lesquels c'est la femme seule qui est séropositive (1,1 %).

Comme pour la prévalence chez les femmes et les hommes, le niveau de la prévalence du VIH parmi les couples, que les deux conjoints ou un seul soient séropositifs, est plus élevé en milieu urbain que rural.

De plus, on constate que la proportion de couples dans lesquels l'homme est séropositif et la femme séronégative augmente avec l'amélioration du bien-être du ménage, variant de 0,0 % parmi les plus pauvres à 1,8 % parmi les plus riches. Par contre, parmi les couples où c'est la femme qui est séropositive et l'homme séronégatif, on note la tendance inverse : la proportion variant d'un maximum de 2,0 % parmi les plus pauvres à 0,2 % dans le quatrième quintile et 1,6 % dans le plus riche.

De l'analyse des autres caractéristiques sociodémographiques, il ne se dégage aucune tendance particulière de la prévalence.

Le fait que 1,7 % des couples comprennent, au moins, un conjoint infecté met en évidence l'existence d'un besoin important en matière de prévention du VIH. La satisfaction de ce besoin est d'autant plus urgente que la proportion des couples discordants est beaucoup plus élevée que celle des couples où les deux conjoints sont séropositifs (0,2 %). Le fait que la majorité de ces conjoints ne connaissent pas mutuellement leurs statuts sérologiques (tableau 15.10) constitue un handicap. Les centres de dépistage volontaire sur le VIH existent dans quelques villes du pays, mais très peu de clients les fréquentent en tant que couples. Ces résultats suggèrent la mise en place de stratégies spécifiques pour renforcer le système actuel de dépistage volontaire en faveur des couples.

Tableau 15.11 Prévalence du VIH parmi les couples

Répartition (en %) des couples cohabitant dans le même ménage dont les deux conjoints ont été testés, selon leur statut sérologique et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Les deux conjoints positifs	Homme positif, femme négative	Femme positive, homme négatif	Les deux conjoints négatifs	Total	Effectif
Âge de la femme						
15-19	0,3	0,0	0,0	99,7	100,0	120
20-29	0,3	0,6	0,9	98,1	100,0	917
30-39	0,2	0,9	1,2	97,8	100,0	666
40-49	0,1	0,3	1,4	98,2	100,0	414
Âge de l'homme						
15-19	*	*	*	*	*	16
20-29	0,3	0,4	0,0	99,3	100,0	467
30-39	0,4	1,0	0,9	97,8	100,0	772
40-49	0,1	0,3	2,2	97,4	100,0	583
50-59	0,1	0,4	1,0	98,5	100,0	280
Écart d'âges entre conjoints						
Femme plus âgée	0,8	0,0	4,7	94,5	100,0	76
Même âge ou homme plus âgé de 0-4 ans	0,2	0,5	0,7	98,6	100,0	667
Homme plus âgé de 5-9 ans	0,2	0,5	0,6	98,6	100,0	888
Homme plus âgé de 10-14 ans	0,3	1,3	1,9	96,4	100,0	310
Homme plus âgé de 15 ans ou plus	0,0	0,2	1,4	98,4	100,0	176
Type d'union						
Monogame	0,3	0,8	0,9	98,0	100,0	1 614
Polygame	0,0	0,0	2,1	97,8	100,0	347
Milieu de résidence						
Urbain	0,4	1,1	1,7	96,9	100,0	776
Rural	0,2	0,3	0,7	98,8	100,0	1 341
Région EDS[1]						
Kinshasa	0,6	0,6	2,0	96,9	100,0	194
Ouest	0,0	0,2	0,9	98,9	100,0	721
Est	0,5	0,3	1,4	97,7	100,0	479
Centre-Sud	0,2	1,2	0,7	97,9	100,0	722
Niveau d'instruction de la femme						
Aucune instruction	0,1	0,0	0,5	99,4	100,0	535
Primaire	0,3	0,7	1,7	97,3	100,0	930
Secondaire	0,3	0,7	0,6	98,4	100,0	636
Supérieur	*	*	*	*	*	17
Niveau d'instruction de l'homme						
Aucune instruction	0,3	0,0	0,2	99,5	100,0	133
Primaire	0,2	0,0	2,3	97,5	100,0	663
Secondaire	0,3	0,9	0,4	98,4	100,0	1 199
Supérieur	0,0	1,4	1,2	97,4	100,0	123
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,1	0,0	2,0	97,9	100,0	407
Second	0,1	0,3	1,5	98,1	100,0	451
Moyen	0,2	0,3	0,3	99,2	100,0	563
Quatrième	0,3	0,9	0,2	98,6	100,0	386
Le plus riche	0,7	1,8	1,6	96,0	100,0	311
Ensemble[2]	0,2	0,6	1,1	98,1	100,0	2 117

Note : Le tableau est basé sur les couples pour lesquels on dispose d'un résultat valable au test du VIH (positif ou négatif) pour les deux conjoints.
[1] Pour les besoins de l'analyse, les provinces sont regroupées en régions de la manière suivante : l'Ouest comprend les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et de l'Équateur ; l'Est comprend la province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Maniema ; le Centre-Sud comprend les provinces du Katanga, du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental.
[2] Y compris 156 couples pour lesquels le type d'union est indéterminé.
* Basé sur trop peu de cas non pondérés

SITUATION DES ENFANTS 16

Ce chapitre traite de la situation des enfants. L'objectif est de présenter certaines caractéristiques de l'environnement socioéconomique dans lequel vivent les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) ciblés par l'enquête. Une telle description est essentielle dans la mesure où ces caractéristiques socioéconomiques et environnementales sont des déterminants des conditions de vie et de l'état de santé de ces enfants. L'évaluation de ces conditions de vie a été effectuée par l'intermédiaire de certaines variables telles que l'enregistrement des enfants à l'état civil, la résidence des enfants avec les parents, la situation d'orphelins, la fréquentation scolaire par état de survie des parents et situation d'OEV, l'état nutritionnel des OEV, la planification de la succession, la dépossession des biens, le support extérieur, le travail des enfants.

L'un des effets les plus dévastateurs de l'épidémie du VIH/sida et des conflits armés est l'augmentation croissante du nombre d'orphelins et d'enfants rendus vulnérables par le décès de l'un des membres adultes de leur ménage ou par le fait que leurs parents ou d'autres membres adultes de leur ménage tombent gravement malades. Privés de la protection de leurs parents ou des adultes membres de leur ménage, ces enfants courent des risques accrus de violence, d'exploitation et d'abus. Avec le développement de l'épidémie de VIH/sida, s'est imposée l'urgence d'adapter des stratégies nationales pour renforcer les capacités de l'État, des ménages et des collectivités pour prendre en charge et protéger ces enfants en situation de détresse. En juin 2001, à l'issue de la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies, une Déclaration d'Engagement (ONU, 2001), signée par les 189 États Membres de l'ONU, a accordé une attention particulière aux enfants orphelins et rendus vulnérables par le VIH/sida. Au cours de cette assemblée, un certain nombre d'objectifs ont été énoncés qui visent à mettre en place des politiques actives et des stratégies de prise en charge des orphelins, que ce soit sur le plan scolaire, nutritionnel, sanitaire ou social. Pour mesurer les progrès accomplis dans l'application de cet engagement, une série d'indicateurs ont été élaborés. Ils permettent d'effectuer « le suivi et l'évaluation des mesures nationales de riposte en faveur des orphelins et des enfants rendus vulnérables par le VIH/sida ».

Ce chapitre présente les différents indicateurs qui ont été collectés au cours de cette première enquête EDS réalisée en République Démocratique du Congo.

16.1 ENREGISTREMENT DES ENFANTS À L'ÉTAT CIVIL

L'enregistrement de la naissance d'un enfant à l'état civil le rend légalement membre d'une famille et d'une nation, lui confère une nationalité ainsi que le droit d'être protégé par l'État quand la protection des parents fait défaut. Il lui permet de bénéficier des avantages sociaux de ses parents, comme l'assurance maladie, et de faire valoir ses droits à l'héritage. L'enregistrement des enfants à l'état civil constitue également une source fiable de statistiques sociodémographiques. C'est dans cette optique que la loi congolaise en vigueur a prescrit que les enfants doivent être enregistrés dans les 30 jours après leur naissance. Ce délai sera porté à 90 jours par un projet d'amendement du code de la famille. Ainsi, au cours de l'enquête, on a demandé si la naissance des enfants de moins de cinq ans avait été déclarée à l'état civil.

Selon les résultats du tableau 16.1, il ressort que près d'un tiers des enfants sont inscrits à l'état civil (31 %) : 23 % avaient un acte de naissance, alors que pour 9 % d'entre eux, la naissance avait été enregistrée, mais l'acte de naissance n'existait pas, soit qu'il n'avait jamais été remis aux parents, soit

qu'il avait été perdu. Les résultats selon l'âge semblent suggérer une diminution des déclarations des naissances des générations les plus anciennes aux plus récentes, la proportion passant de 33 % pour les enfants de 2-4 ans (23 % ayant un acte de naissance et 10 % n'en ayant pas) à 28 % parmi les plus jeunes de moins de deux ans (22 % ayant un acte de naissance et 7 % n'en ayant pas). En d'autres termes, cela signifierait que les naissances sont de moins en moins déclarées à l'état civil. Cependant, ces résultats pourraient aussi indiquer que certains enfants ne sont pas déclarés à l'état civil dès leur naissance, mais plus tard. Les variations constatées traduiraient donc un report de la déclaration des naissances selon l'âge et non une diminution de la couverture de l'état civil.

Tableau 16.1 Enregistrement des enfants de moins de cinq ans à l'état civil

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (de droit) dont la naissance a été déclarée à l'état civil selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage d'enfants dont la naissance a été déclarée			
Caractéristique sociodémographique	Avait un acte de naissance	N'avait pas d'acte de naissance	Ensemble déclaré	Effectif d'enfants
Âge				
<2	21,6	6,9	28,4	3 589
2-4	23,2	10,0	33,2	5 328
Sexe				
Masculin	22,2	8,7	31,0	4 364
Féminin	22,9	8,7	31,6	4 554
Milieu de résidence				
Urbain	25,4	7,2	32,6	3 592
Rural	20,6	9,8	30,4	5 325
Province				
Kinshasa	23,3	8,2	31,5	889
Bas-Congo	46,4	9,9	56,2	338
Bandundu	35,4	12,8	48,2	1 419
Équateur	5,8	10,4	16,2	1 141
Orientale	16,1	10,1	26,2	1 022
Nord-Kivu	8,6	15,1	23,7	365
Sud-Kivu	22,9	11,1	34,0	403
Maniema	6,1	3,9	10,0	291
Katanga	20,3	6,9	27,2	892
Kasaï Oriental	23,0	5,3	28,3	1 191
Kasaï Occidental	33,0	3,2	36,2	967
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	22,0	7,3	29,2	1 841
Second	20,1	10,2	30,3	1 964
Moyen	22,1	10,4	32,5	1 846
Quatrième	21,4	7,4	28,8	1 828
Le plus riche	28,7	8,1	36,8	1 438
Ensemble	22,6	8,7	31,3	8 917

La proportion d'enfants enregistrés à l'état civil ne varie pratiquement pas selon le sexe de l'enfant. Par contre, les enfants enregistrés à l'état civil sont proportionnellement moins nombreux en milieu rural qu'en milieu urbain (30 % contre 33 %). Ceci est compréhensible, compte tenu des difficultés d'accessibilité des bureaux d'état civil en milieu rural. Au niveau des provinces, on note que ce sont les enfants de Maniema (10 %) et de l'Équateur (16 %) qui sont les moins fréquemment déclarés à l'état civil, alors que plus de 30 % des naissances d'enfants sont enregistrées dans les provinces de Kinshasa, Kasaï Occidental, Sud-Kivu, Bandundu et Bas-Congo. On peut enfin noter que les naissances ont été moins bien déclarées pour les enfants vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre et pour ceux dont le ménage est classé dans le quatrième quintile (29 % dans les deux cas). À l'opposé, dans les ménages du quintile le plus riche, la proportion d'enfants dont la naissance a été déclarée est de 37 %.

16.2 ENFANTS ORPHELINS ET RÉSIDENCE DES ENFANTS AVEC LES PARENTS

La famille constituant le soutien principal des enfants, toute stratégie visant à protéger les enfants doit donc, en priorité, renforcer les capacités des familles à les prendre en charge. Il est donc essentiel d'identifier les enfants qui sont orphelins et de savoir si les enfants dont l'un ou les deux parents sont en vie vivent ou non avec leurs parents ou avec le parent survivant. Le tableau 16.2 présente ces deux types d'information pour les enfants selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

On constate en premier lieu qu'en RDC, 63 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge de l'enfant, passant d'un maximum de 75 % à moins de 2 ans à 65 % à 5-9 ans et à un minimum de 48 % à 15-17 ans. Il n'y a pratiquement pas d'écart en fonction du sexe de l'enfant. Par contre, la proportion d'enfants vivant avec leurs parents est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (66 % contre 59 %). C'est dans la capitale Kinshasa que la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents est la plus faible (53 %) ; à l'opposé, la province du Katanga se caractérise par la proportion la plus élevée (69 %). Par ailleurs, la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents diminue régulièrement en fonction du niveau de bien-être du ménage, passant d'un maximum de 66 % pour les enfants des ménages du quintile moyen à un minimum de 59 % pour ceux des ménages les plus riches.

En outre, on constate que 17 % des enfants de moins de 18 ans vivent seulement avec leur mère, que leur père soit en vie (14 %) ou décédé (4 %), 5 % vivent seulement avec leur père, et 13 % ne vivent avec aucun des deux parents. Du fait de l'accroissement du risque de décéder des parents avec l'âge, la proportion d'orphelins de père et/ou de mère augmente de façon importante avec l'âge de l'enfant, passant de 2 % à moins de 2 ans, à 8 % à 5-9 ans et à 18 % à 15-17 ans.

Tableau 16.2 Enfants orphelins et résidence des enfants avec les parents

Répartition (en %) de la population des enfants de moins de 18 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents, pourcentage d'enfants ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants ayant un ou leurs deux parents décédés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Vit avec les deux parents	Vit avec la mère mais pas avec le père		Vit avec le père mais pas avec la mère		Ne vit avec aucun des deux parents				Informations manquantes sur père et/ou mère	Total	Pourcentage ne vivant pas avec un parent biologique	Pourcentage ayant un ou les deux parents décédés	Effectif d'enfants
		Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les deux en vie	Seul le père en vie	Seule la mère en vie	Les deux décédés					
Groupe d'âges														
0-4	71,9	17,9	2,1	2,1	0,4	4,1	0,6	0,4	0,1	0,5	100,0	5,2	3,6	8 917
<2	75,3	19,9	1,7	1,1	0,1	0,9	0,3	0,1	0,0	0,6	100,0	1,4	2,2	3 589
2-4	69,6	16,5	2,4	2,8	0,6	6,2	0,8	0,5	0,2	0,5	100,0	7,7	4,5	5 328
5-9	64,9	13,6	3,4	4,5	1,0	8,3	1,4	1,4	0,7	0,8	100,0	11,8	7,9	7 579
10-14	56,5	10,0	5,0	5,7	2,4	12,4	1,8	3,4	2,2	0,6	100,0	19,9	15,0	6 586
15-17	48,3	9,0	6,2	5,4	2,0	16,4	2,4	4,0	3,6	2,6	100,0	26,4	18,3	2 777
Sexe														
Masculin	63,6	13,4	3,7	4,5	1,5	8,0	1,5	1,9	1,2	0,8	100,0	12,6	9,8	13 081
Féminin	63,2	13,9	3,6	3,6	1,1	9,6	1,2	1,8	1,2	0,9	100,0	13,7	8,9	12 778
Milieu de résidence														
Urbain	59,3	15,4	3,6	4,3	1,1	10,8	1,4	1,8	1,4	0,9	100,0	15,4	9,3	10 820
Rural	66,3	12,4	3,7	3,9	1,4	7,3	1,3	1,9	1,0	0,8	100,0	11,5	9,3	15 039
Province														
Kinshasa	53,0	19,8	3,7	5,1	1,3	11,7	1,9	1,6	1,0	0,9	100,0	16,1	9,5	2 953
Bas-Congo	60,7	14,5	5,7	4,9	0,6	9,6	1,2	1,9	0,5	0,3	100,0	13,2	10,0	967
Bandundu	64,9	16,0	3,7	1,9	1,7	7,0	1,9	0,7	1,7	0,4	100,0	11,3	9,8	3 610
Équateur	66,1	10,3	3,5	5,9	1,3	7,4	1,0	2,4	0,9	1,0	100,0	11,8	9,2	3 479
Orientale	57,5	13,9	3,0	6,2	1,7	10,8	1,7	2,4	1,3	1,5	100,0	16,2	10,2	3 008
Nord-Kivu	65,5	11,3	5,8	1,7	0,3	10,1	1,3	1,8	1,3	1,0	100,0	14,4	10,5	1 052
Sud-Kivu	65,7	13,1	4,1	3,4	2,3	5,8	1,2	2,0	1,7	0,6	100,0	10,6	11,4	1 224
Maniema	65,9	9,2	2,9	7,8	1,5	7,9	1,2	2,3	1,0	0,5	100,0	12,4	8,8	853
Katanga	69,1	11,8	3,5	3,0	0,9	8,5	0,7	0,8	0,9	0,7	100,0	10,9	6,9	2 748
Kasaï Oriental	66,9	12,6	3,1	2,8	1,0	8,2	1,3	2,6	1,0	0,6	100,0	13,0	8,9	3 409
Kasaï Occidental	63,7	13,3	3,9	3,3	0,8	9,3	0,9	2,3	1,5	1,1	100,0	14,0	9,3	2 556
Quintile de bien-être économique														
Le plus pauvre	63,2	15,4	6,1	3,3	1,2	6,7	1,0	1,9	0,8	0,4	100,0	10,4	11,0	4 832
Second	66,3	10,7	3,4	4,4	2,1	7,7	1,0	1,9	1,1	1,4	100,0	11,8	9,5	5 386
Moyen	66,2	13,4	2,7	3,8	1,0	7,8	1,6	1,9	1,1	0,5	100,0	12,3	8,3	5 594
Quatrième	62,0	13,0	3,3	4,4	1,1	9,9	1,4	2,1	1,8	1,0	100,0	15,2	9,7	5 262
Le plus riche	58,5	16,2	3,2	4,3	0,9	12,0	1,5	1,5	1,0	0,9	100,0	16,1	8,2	4 785
Ensemble <15 ans	65,2	14,2	3,4	3,9	1,2	7,8	1,2	1,6	0,9	0,6	100,0	11,5	8,3	23 082
Ensemble <18 ans	63,4	13,7	3,7	4,1	1,3	8,8	1,3	1,8	1,2	0,8	100,0	13,1	9,3	25 860

Note : Le tableau est basé sur la population de droit des ménages, c'est-à-dire les résidents habituels.

16.3 ORPHELINS ET ENFANTS RENDUS VULNÉRABLES

Le tableau 16.3 présente la proportion d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV). Les enfants considérés comme vulnérables (UNICEF, 2005) sont les enfants de moins de 18 ans :

1. orphelins de père et/ou de mère (9 %), ou

2. dont le père et/ou la mère a été gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois (12 %), ou

3. qui vivent dans un ménage où au moins un adulte de 18-59 ans a été gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois (16 %), ou

4. qui vivent dans un ménage où au moins un adulte de 18-59 ans est décédé au cours des 12 derniers mois après avoir été gravement malade pendant au moins trois mois (3 %).

Globalement, 18 % des enfants sont considérés comme vulnérables car appartenant aux catégories 2, 3 et/ou 4. Si l'on prend aussi en compte les orphelins, 25 % des enfants de moins de 18 ans sont considérés comme OEV.

La proportion d'OEV augmente régulièrement avec l'âge, passant de 19 % à moins de 2 ans, à 23 % à 5-9 ans et à 32 % à 15-17 ans. Les proportions d'OEV ne varient pas selon le sexe, par contre les OEV sont proportionnellement plus nombreux en milieu rural (27 %) qu'en milieu urbain (23 %). Par ailleurs, c'est dans la province du Sud-Kivu que la proportion d'OEV est la plus importante (41 %), alors que cette proportion n'est que de 16 % dans la province du Katanga et 18 % dans la capitale Kinshasa. Enfin, on note que la proportion d'OEV est plus élevée dans les ménages les plus pauvres (30 %) que dans les plus riches (19 %).

Tableau 16.3 Orphelins et enfants rendus vulnérables (OEV)

Pourcentage d'enfants de moins de 18 ans, orphelins ou rendus vulnérables (OEV) à la suite d'une maladie survenue parmi les membres adultes du ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage d'enfants avec un ou les deux parents décédés (orphelins)	Pourcentage d'enfants rendus vulnérable : Avec un parent très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois[1]	Vivant dans un ménage avec au moins un adulte très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois[2]	Vivant dans un ménage avec au moins un adulte décédé au cours des 12 derniers mois et qui a été très malade pendant au moins 3 mois avant de décéder	Pourcentage d'enfants vulnérables[3]	Pourcentage d'enfants orphelins et/ou vulnérables (OEV)	Effectif d'enfants
Groupe d'âges							
0-4	3,6	12,0	15,6	2,3	17,6	20,3	8 917
<2	2,2	11,2	14,8	2,3	16,9	18,5	3 589
2-4	4,5	12,6	16,2	2,4	18,1	21,5	5 328
5-9	7,9	11,5	15,2	2,1	17,2	23,3	7 579
10-14	15,0	12,0	15,6	3,3	19,0	30,3	6 586
15-17	18,3	10,8	15,2	3,9	18,7	32,0	2 777
Sexe							
Masculin	9,8	11,8	15,5	2,7	17,9	25,1	13 081
Féminin	8,9	11,7	15,4	2,6	18,0	24,8	12 778
Milieu de résidence							
Urbain	9,3	8,8	12,7	2,4	15,0	22,5	10 820
Rural	9,3	13,9	17,4	2,9	20,1	26,8	15 039
Province							
Kinshasa	9,5	3,4	7,5	2,5	9,8	17,8	2 953
Bas-Congo	10,0	9,1	10,4	1,6	12,8	20,4	967
Bandundu	9,8	9,0	11,6	0,6	13,0	21,9	3 610
Équateur	9,2	9,7	13,2	1,1	15,1	22,7	3 479
Orientale	10,2	14,4	19,6	4,9	24,1	30,4	3 008
Nord-Kivu	10,5	9,0	11,1	1,6	12,8	21,8	1 052
Sud-Kivu	11,4	25,3	31,5	4,6	36,0	40,7	1 224
Maniema	8,8	14,8	18,7	11,4	25,5	31,1	853
Katanga	6,9	7,2	9,1	1,2	10,2	15,7	2 748
Kasaï Oriental	8,9	18,3	20,6	3,1	23,4	29,8	3 409
Kasaï Occidental	9,3	15,9	23,2	3,4	24,8	31,3	2 556
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	11,0	15,9	19,6	2,2	21,4	29,7	4 832
Second	9,5	12,2	15,8	3,5	18,9	26,0	5 386
Moyen	8,3	11,3	14,4	1,8	16,3	22,5	5 594
Quatrième	9,7	13,1	17,5	3,6	20,8	27,5	5 262
Le plus riche	8,2	6,2	10,0	2,2	12,2	19,2	4 785
Ensemble <15 ans	8,3	11,9	15,5	2,5	17,9	24,1	23 082
Ensemble <18 ans	9,3	11,8	15,5	2,7	17,9	25,0	25 860

Note : Le tableau est basé sur les membres de droit du ménage, c'est-à-dire les membres habituels du ménage. « Très malade » signifie qu'une personne était trop malade pour pouvoir travailler ou pour assurer des activités normales.
[1] Qu'il vive ou non dans le même ménage que l'enfant
[2] Personne âgée de 18-59 ans
[3] Enfants avec un parent très malade OU vivant dans un ménage avec un adulte très malade OU avec un adulte décédé au cours des 12 derniers mois

16.3.1 Accès aux services essentiels : instruction

L'accès à l'instruction est considérée comme « un service essentiel » et compte parmi les éléments clef de la riposte pour garantir aux OEV l'accès à ces services sur un même pied d'égalité que les non OEV.

Pour mettre en évidence d'éventuelles disparités entre la fréquentation scolaire des orphelins et des OEV et celle des autres enfants, on a calculé un indicateur qui mesure la fréquentation scolaire des orphelins et des enfants vulnérables par rapport à celle des non orphelins et des non OEV qui fréquentent l'école. Le tableau 16.4 présente le pourcentage d'enfants de 10-14 ans, orphelins ou non, fréquentant actuellement l'école, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 16.4 Fréquentation scolaire par état de survie des parents et situation d'OEV

Parmi les enfants de 10-14 ans, pourcentage qui fréquente l'école par état de survie des parents et en fonction du fait qu'ils sont, ou non, des OEV et ratio des pourcentages de ceux qui fréquentent l'école selon l'état de survie des parents et selon la situation d'OEV, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui fréquente l'école selon l'état de survie des parents: Les deux parents sont décédés	Effectif	Les deux parents en vie et vivant avec au moins un des deux parents	Effectif	Ratio[1]	Pourcentage qui fréquente l'école selon la situation d'OEV: OEV	Effectif d'OEV	Non OEV	Effectif de non OEV	Ratio[2]
Sexe										
Masculin	68,3	78	82,8	2 449	0,82	76,8	1 046	82,9	2 337	0,93
Féminin	56,6	69	79,3	2 301	0,71	71,2	952	77,9	2 250	0,91
Milieu de résidence										
Urbain	69,8	73	88,4	1 987	0,79	82,4	770	87,8	2 033	0,94
Rural	55,8	74	75,9	2 763	0,73	68,9	1 228	74,6	2 554	0,92
Quintile de bien-être économique										
Le plus pauvre	*	7	67,5	843	*	58,5	400	65,4	759	0,89
Second	*	35	76,9	926	*	69,3	427	78,4	865	0,88
Moyen	(62,7)	34	80,5	1 062	(0,78)	77,5	401	78,4	1 056	0,99
Quatrième	(64,4)	47	85,0	977	(0,76)	80,3	460	83,4	922	0,96
Le plus riche	(75,9)	25	94,2	942	(0,81)	87,3	311	93,2	987	0,94
Ensemble	62,8	147	81,1	4 750	0,77	74,1	1 998	80,4	4 587	0,92

Note : Le tableau est basé sur les membres de droit du ménage, c'est-à-dire les membres habituels du ménage.
[1] Ratio du pourcentage de ceux dont les deux parents sont décédés au pourcentage de ceux dont les deux parents sont vivants et qui vivent avec au moins un des deux parents
[2] Ratio du pourcentage d'OEV au pourcentage de non OEV
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

On constate que l'état de survie des parents influence de manière sensible le niveau de fréquentation scolaire des enfants : en effet, quand les enfants ont leurs deux parents en vie ou qu'ils vivent avec au moins l'un des deux parents, 81 % vont à l'école. Par contre, quand les deux parents sont décédés, la proportion est nettement plus faible et seuls 63 % continuent d'aller à l'école. Le ratio inférieur à 1 (0,77) traduit le désavantage dont souffrent les orphelins sur le plan scolaire par rapport aux autres enfants. On constate en outre, que quand les deux parents sont décédés, la proportion de garçons qui continuent d'aller à l'école est supérieure à celle des filles (68 % contre 57 %). De même, en milieu urbain, la proportion d'enfants dont la scolarité n'est pas interrompue par le décès des parents est supérieure à celle du milieu rural (70 % contre 56 %). De plus, les résultats montrent que 74 % des OEV fréquentent l'école, contre 80 % des non OEV. Le ratio OEV/non OEV est ici de 0,92. Il semble donc qu'en RDC, les orphelins et les enfants devenus vulnérables soient désavantagés sur le plan scolaire par rapport aux autres enfants.

16.3.2 Renforcement de la capacité des familles à protéger et à prendre en charge les enfants

Malnutrition

Le décès ou la maladie des parents ou des membres du ménage constitue souvent la cause de problèmes économiques pour les enfants et augmentent leurs risques de ne pouvoir satisfaire leurs besoins essentiels en matière de nutrition. Le tableau 16.5 présente la proportion d'enfants de moins de cinq ans présentant une insuffisance pondérale ainsi que les proportions d'OEV et non OEV atteints de cette forme de malnutrition selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Figure également dans le tableau, le ratio du taux de malnutrition des OEV par rapport au taux de malnutrition des non OEV.

Tableau 16.5 Orphelins et enfants vulnérables présentant une insuffisance pondérale

Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête qui présentent une insuffisance pondérale, pour l'ensemble des enfants et selon qu'ils sont des OEV ou non, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Enfants de moins de 5 ans		OEV		Non OEV		
Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui présentent une insuffisance pondérale[1]	Effectif d'enfants	Pourcentage qui présentent une insuffisance pondérale[1]	Effectif d'OEV	Pourcentage qui présentent une insuffisance pondérale[1]	Effectif de non OEV	Ratio[2]
Âge							
< 1 an	15,9	630	17,3	116	15,5	514	1,12
1-2 ans	22,9	1 470	20,9	285	23,4	1 185	0,89
3-4 ans	30,9	1 477	42,8	341	27,4	1 136	1,56
Sexe							
Masculin	27,3	1 735	33,5	361	25,7	1 374	1,30
Féminin	22,8	1 842	27,5	381	21,6	1 461	1,27
Milieu de résidence							
Urbain	19,1	1 447	22,4	249	18,4	1 198	1,22
Rural	29,0	2 130	34,4	493	27,4	1 638	1,26
Province							
Kinshasa	15,1	380	19,8	54	14,3	325	1,38
Bas-Congo	25,6	142	(28,8)	16	25,2	126	(1,14)
Bandundu	27,2	597	(24,2)	101	27,8	495	(0,87)
Équateur	29,2	419	36,4	70	27,8	349	1,31
Orientale	20,7	425	34,6	110	15,8	315	2,19
Nord-Kivu	20,2	163	11,4	27	22,0	137	0,52
Sud-Kivu	30,9	179	27,7	67	32,8	112	0,84
Maniema	18,1	115	25,5	28	15,7	87	1,62
Katanga	20,0	356	29,2	45	18,7	311	1,56
Kasaï Oriental	31,4	435	29,0	115	32,3	321	0,90
Kasaï Occidental	30,2	367	43,1	109	24,8	258	1,74
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	26,3	793	24,4	200	27,0	592	0,90
Second	28,8	681	45,3	142	24,5	539	1,85
Moyen	27,6	782	33,0	162	26,2	620	1,26
Quatrième	24,6	774	26,3	159	24,1	615	1,09
Le plus riche	15,2	547	21,7	78	14,1	469	1,54
Ensemble	25,0	3 577	30,4	741	23,6	2 836	1,29

Note : Ce tableau est basé sur les membres de droit du ménage qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.
[1] Le poids-pour-âge se situe à moins de 2 écarts-types en dessous de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant, adoptées en 2006
[2] Ratio du pourcentage des OEV au pourcentage des non OEV
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

En RDC, un enfant sur quatre (25 %) présente une insuffisance pondérale, cette forme de malnutrition atteint 30 % des OEV contre 24 % des non OEV. Le ratio OEV/non OEV, supérieur à 1 (1,29), traduit ici le fait que les OEV sont, en proportions, légèrement plus atteints de malnutrition que les non OEV. Ce résultat se vérifie quel que soit l'âge et le sexe de l'enfant, sauf pour ceux âgés de 1-2 ans (ratio de 0,89). C'est dans la province Orientale que par rapport aux non OEV, les OEV seraient plus atteints de malnutrition (ratio de 2,19). De même, les OEV âgés de 3-4 ans et ceux du Kasaï Occidental souffrent davantage de malnutrition que les non OEV (ratio de respectivement 1,56 et 1,74).

Rapports sexuels précoces

Dépourvus de la protection de leur famille, les OEV sont plus exposés que les autres à des rencontres sexuelles à risque. Il est donc important d'estimer « la prévalence de l'activité sexuelle précoce parmi les orphelins et les enfants vulnérables et les autres enfants âgés de 15-17 ans » (UNICEF, 2005).

Le tableau 16.6 présente les proportions de jeunes femmes et de jeunes hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge de 15 ans selon qu'ils sont OEV ou non. Dans ce tableau figure également le ratio de la proportion d'OEV aux non OEV de 15-17 ans qui ont eu des relations sexuelles avant l'âge de 15 ans. On constate tout d'abord que, dans l'ensemble, les rapports sexuels précoces sont légèrement plus fréquents chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (19 % contre 17 %). De même, il ressort que les rapports sexuels précoces sont légèrement plus fréquents parmi les OEV que parmi les non OEV, cela quelque soit le sexe (22 % des filles et 22 % des garçons contre respectivement 17 % et 14 %). L'écart est cependant un peu plus important chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles. Le ratio supérieur à 1 (1,28 chez les jeunes femmes et de 1,56 chez les jeunes hommes) traduit la plus grande précocité sexuelle des OEV par rapport aux non OEV.

Tableau 16.6 Rapports sexuels avant l'âge de 15 ans parmi les orphelins et les enfants vulnérables

Pourcentage d'enfants de 15-17 ans qui ont eu des rapports sexuels avant l'âge exact de 15 ans, pour l'ensemble des enfants et selon qu'ils sont, ou non, des OEV, et ratio des pourcentages d'OEV par rapport aux non OEV, par sexe, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes 15-17		Hommes 15-17	
Situation d'OEV	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de 15 ans	Effectif de femmes	Pourcentage ayant eu des rapports sexuels avant d'atteindre l'âge exact de 15 ans	Effectif d'hommes
OEV	21,9	348	22,3	205
Non OEV	17,1	830	14,3	411
Ensemble	18,5	1 178	17,0	616
Ratio[1]	1,28	na	1,56	na

Note : Le tableau est basé sur les membres de droit du ménage qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.
[1] Ratio du pourcentage des OEV au pourcentage des non OEV
na = Non applicable

Planification de la succession

Renforcer la capacité des familles à protéger et à assurer le bien-être des orphelins est primordial. La désignation d'une personne qui s'occupera de l'enfant en cas de maladie ou de décès de la personne qui a la charge de l'enfant est une disposition qui peut permettre d'assurer un avenir meilleur aux enfants.

Tableau 16.7 Planification de la succession

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui sont en charge d'enfants de moins de 18 ans et, parmi ces femmes, pourcentage de celles qui ont pris des dispositions pour que quelqu'un d'autre s'occupe des enfants au cas où elles en seraient empêchées par la maladie ou le décès, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage qui sont en charge d'enfants	Effectif de femmes 15-49	Pourcentage en charge d'enfants qui ont pris des dispositions pour s'occuper de leurs enfants à charge	Effectif de femmes qui sont en charge d'enfants âgés de 0 à 17 ans
Groupe d'âges				
15-19	4,2	2 030	27,6	85
20-29	23,1	3 928	28,2	906
30-39	33,4	2 388	26,3	797
40-49	36,3	1 649	26,3	598
Milieu de résidence				
Urbain	26,2	4 540	25,0	1 190
Rural	21,9	5 455	29,1	1 195
Province				
Kinshasa	30,9	1 575	27,2	487
Bas-Congo	18,0	397	32,5	72
Bandundu	14,5	1 518	18,7	220
Équateur	29,4	1 235	25,5	363
Orientale	20,7	1 083	42,5	225
Nord-Kivu	35,5	356	20,9	126
Sud-Kivu	21,2	426	22,0	91
Maniema	30,7	314	27,2	97
Katanga	33,1	1 073	26,7	356
Kasaï Oriental	21,8	1 132	19,2	247
Kasaï Occidental	11,5	886	44,8	102
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	24,9	2 081	27,6	517
Primaire	23,0	3 851	26,0	887
Secondaire	24,5	3 802	27,5	930
Supérieur	19,4	261	33,5	51
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	25,1	1 798	20,1	452
Second	22,9	1 967	30,9	450
Moyen	22,8	2 043	30,4	466
Quatrième	21,2	1 888	28,7	400
Le plus riche	26,8	2 300	25,8	617
Ensemble	23,9	9 995	27,1	2 385

Note : Le tableau est basé sur les membres de fait du ménage, c'est-à-dire les personnes qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

En RDC, 24 % des femmes ont déclaré avoir la charge d'enfants de moins de 18 ans, que ces enfants soient ou non leurs propres enfants (tableau 16.7). Cette proportion augmente bien évidemment avec l'âge des enquêtées, passant de 23 % à 20-29 ans à 36 % à 40-49 ans. C'est parmi celles qui n'ont aucune instruction (25 %), parmi celles du milieu urbain (26 %), celles des provinces du Nord-Kivu (36 %) et du Katanga (33 %) ainsi que parmi celles qui vivent dans les ménages les plus riches (27 %) que cette proportion est la plus élevée.

Parmi les femmes ayant la charge d'enfants, seules 27 % ont déclaré avoir pris des dispositions pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où elles tomberaient malades ou décèderaient. La proportion de femmes ayant pris ce type de disposition est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (29 % contre 25 %), et dans la province du Kasaï Occidental (45 %) et la province Orientale (43 %) que dans le reste du pays. De même, les femmes les plus instruites (34 % pour le supérieur) et celles vivant dans un ménage du second quintile (31 %) et du quintile moyen (30 %) ont pris plus fréquemment ce type de dispositions que les autres.

16.3.3 Protection des enfants vulnérables

La dépossession de biens peut contribuer à aggraver l'état de vulnérabilité des personnes qui prennent soins des enfants et des enfants eux-mêmes. Il importe donc d'adapter, y compris de façon contraignante, les législations existantes dans les pays pour donner aux femmes et aux enfants le droit d'hériter à la mort du mari/père (UNICEF, 2005). On a donc élaboré un indicateur pour estimer la proportion de femmes qui sont dépossédées de biens à la mort de leur conjoint.

Tableau 16.8 Dépossession de biens

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui sont ou ont été veuves, et pourcentage de celles qui ont été dépossédées de leurs biens, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes veuves ou ayant été veuves	Effectif de femmes	Pourcentage ayant été dépossédées de leurs biens[1]	Effectif de femmes veuves ou ayant été veuves
Groupe d'âges				
15-19	0,0	2 030	*	1
20-29	1,2	3 928	69,0	49
30-39	5,9	2 388	77,0	141
40-49	12,6	1 649	64,1	207
Âge de l'enfant le plus jeune				
Pas d'enfant	0,5	2 799	*	15
< 18 ans	4,9	7 052	68,2	349
18 ans ou plus	23,5	144	(77,9)	34
Milieu de résidence				
Urbain	3,3	4 540	64,6	149
Rural	4,6	5 455	72,0	249
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	6,0	2 081	64,3	124
Primaire	4,3	3 851	73,8	166
Secondaire	2,7	3 802	68,9	104
Supérieur	1,4	261	*	4
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	7,0	1 798	61,7	126
Second	4,5	1 967	82,4	89
Moyen	2,9	2 043	79,2	59
Quatrième	2,8	1 888	59,9	53
Le plus riche	3,0	2 300	64,8	70
Ensemble	4,0	9 995	69,2	397

Note : Le tableau est basé sur la population de fait des femmes, c'est-à-dire celles qui ont dormi la nuit dans le ménage.
[1] Dépossédées des biens signifie qu'aucun des biens du dernier mari ne sont passés à l'enquêtée
* Basé sur trop peu de cas non pondérés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 16.8 présente d'une part la proportion de femmes qui sont ou qui ont été veuves et, parmi ces femmes, le pourcentage de celles qui ont été dépossédées de leurs biens à la mort de leur conjoint. Dans l'ensemble, 4 % des femmes interrogées sont ou ont été veuves. Cette proportion

augmente bien évidemment avec l'âge de la femme, passant de 1 % à 20-29 ans à 13 % à 40-49 ans. En outre, on constate que la proportion de veuves diminue en fonction du niveau de bien-être économique (7 % dans les ménages les plus pauvres contre 3 % dans les ménages les plus riches) et du niveau d'instruction puisque parmi les femmes sans instruction, 6 % étaient veuves contre 3 % parmi celles de niveau secondaire et 1 % parmi celles de niveau supérieur.

Parmi les femmes qui sont ou ont été veuves, 69 % ont déclaré avoir été dépossédées de leurs biens. On note que cette proportion est beaucoup plus élevée chez les femmes de 30-39 ans (77 %) et celles de 20-29 ans (70 %) que chez les femmes de 40-49 ans (64 %). En outre, il semble que les veuves ayant un niveau d'instruction primaire (74 %), celles vivant en milieu rural (72 %) ainsi que celles des ménages du second quintile (82 %) et du quintile moyen (79 %) aient été plus fréquemment spoliées de leur héritage que les autres.

16.3.4 Soins et support aux OEV

Les OEV sont généralement pris en charge par leurs familles qui, à leur tour, dépendent souvent de l'aide de la communauté pour survivre. Le renforcement de la capacité de ces familles et communautés à protéger les OEV et à leur assurer les soins essentiels est donc un élément clef de l'action en faveur des OEV. Au cours de cette enquête, dans tous les ménages comptant des OEV de moins de 18 ans, on a demandé si le ménage avait reçu, gratuitement, différents types d'aides extérieures pour s'occuper de ces OEV. L'indicateur présenté au tableau 16.9 estime le niveau d'aide extérieure et gratuite qui a été fourni aux familles pour s'occuper des OEV.

On constate en premier lieu que dans la majorité de cas (91 %), le ménage n'a reçu aucune aide extérieure gratuite pour s'occuper d'un OEV. Quand un appui a été fourni, il s'est agi dans 4 % des cas d'une assistance pour l'école, dans 3 % des cas d'un support médical, dans 3 % des cas d'un soutien moral et enfin pour seulement 1 % des enfants orphelins ou vulnérables, le ménage a reçu un soutien social/matériel au cours des trois derniers mois. Globalement, pour 9 % des OEV, les ménages ont reçu une des ces formes d'aides et aucun ménage n'a reçu toutes les formes de support.

Tableau 16.9 Support extérieur pour les orphelins et les enfants vulnérables

Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables de moins de 18 ans dont le ménage a reçu un support extérieur élémentaire gratuit pour s'occuper de l'enfant au cours des 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage d'orphelins et d'enfants vulnérables dont le ménage a reçu :							
Caractéristique sociodémographique	Un soutien médical[1] au cours des 12 derniers mois	Un soutien moral[2] au cours des 3 derniers mois	Un soutien social/ matériel[3] au cours des 3 derniers mois	Une assistance pour l'école[4] au cours des 12 derniers mois	Au moins un type de soutien	Tous les types de soutien[5]	Aucun des types de soutien	Effectif d'OEV
Groupe d'âges								
0-4	3,8	2,5	1,0	na	6,5	0,0	93,5	1 806
5-9	4,0	3,3	1,0	4,3	10,9	0,0	89,1	1 766
10-14	2,8	2,6	0,9	6,9	11,3	0,1	88,7	1 998
15-17	2,1	2,6	0,8	3,5	6,7	0,1	93,3	888
Sexe								
Masculin	3,5	3,1	1,1	3,5	9,4	0,0	90,6	3 287
Féminin	3,1	2,5	0,8	4,1	9,0	0,0	91,0	3 171
Milieu de résidence								
Urbain	2,6	4,6	1,6	3,1	10,5	0,1	89,5	2 435
Rural	3,7	1,7	0,6	4,2	8,5	0,0	91,5	4 024
Province								
Kinshasa	1,6	5,4	3,0	2,7	11,3	0,0	88,7	525
Bas-Congo	3,8	1,1	0,3	9,9	13,8	0,0	86,2	197
Bandundu	2,8	2,2	0,8	2,1	6,3	0,0	93,7	791
Équateur	0,8	0,1	0,0	1,8	2,7	0,0	97,3	790
Orientale	1,3	2,0	0,4	1,6	4,6	0,0	95,4	915
Nord-Kivu	4,7	1,4	3,3	2,2	9,5	0,1	90,5	229
Sud-Kivu	3,4	0,4	1,0	2,2	6,0	0,0	94,0	498
Maniema	3,8	0,9	0,5	3,8	8,2	0,0	91,8	265
Katanga	0,4	1,3	0,5	4,0	5,6	0,0	94,4	432
Kasaï Oriental	7,1	4,6	0,7	8,3	17,7	0,0	82,3	1 017
Kasaï Occidental	5,7	6,7	1,3	4,8	14,8	0,3	85,2	801
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	2,4	2,0	0,2	2,9	7,1	0,0	92,9	1 436
Second	3,1	1,5	0,9	3,4	7,7	0,0	92,3	1 398
Moyen	3,2	2,3	0,3	3,5	8,4	0,0	91,6	1 258
Quatrième	5,6	2,4	1,7	6,1	11,7	0,2	88,3	1 447
Le plus riche	1,6	7,1	1,8	2,5	12,0	0,0	88,0	921
Ensemble	3,3	2,8	0,9	3,8	9,2	0,0	90,8	6 459

Note : Le tableau est basé sur les membres de droit du ménage, c'est-à-dire les membres habituels du ménage.
[1] Soins médicaux, fournitures ou médicaments
[2] Du support comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé ou du support spirituel pour lesquels le ménage n'a pas eu à payer
[3] Du support comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins, une assistance pour effectuer des démarches administratives, des vêtements, de la nourriture ou un support financier pour lesquels le ménage n'a pas eu à payer
[4] Allocation, inscription gratuite, livres ou fournitures pour lesquels le ménage n'a pas eu à payer. Pourcentage calculé pour les 5-17 ans.
[5] Quatre types de support pour ceux de 5-17 ans, trois types de support (c'est-à-dire, sans le support scolaire) pour ceux de 0-4 ans
na = Non applicable

16.4 TRAVAIL DES ENFANTS

Selon la Convention relative aux droits de l'enfant, « l'enfant a le droit d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. » (Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1989). Toutes les dispositions doivent être prises pour que les enfants ne soient pas exposés à des risques, qu'ils ne soient pas exploités et qu'ils ne tombent pas dans un cycle de pauvreté et de privation. De plus, même si certaines activités sont considérées parfois comme faisant partie du processus d'éducation (par exemple, la participation aux tâches ménagères), il n'en reste pas moins que les enfants qui travaillent, y compris

dans les activités domestiques, ont moins de chance d'être scolarisés et plus de chance d'abandonner l'école.

Au cours de l'EDS-RDC, des informations sur le travail des enfants ont été collectées pour tous les enfants de 5 à 17 ans. Le tableau 16.10 présente le pourcentage d'enfants de 5-17 ans qui, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, ont travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre de la famille, dans les champs ou dans les affaires de la famille, ou ont effectué des travaux domestiques, en fonction du nombre d'heures travaillées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. L'enquête révèle que 71 % des enfants de 5-17 ans avaient travaillé au cours de la semaine précédant l'enquête. Ils avaient, pour la plupart effectué des travaux domestiques (69 %). Dans 24 % des cas, ils avaient travaillé dans les champs ou dans une affaire familiale et, dans seulement 10 % des cas, ils avaient travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre de la famille. Globalement, 60 % des enfants avaient travaillé moins de 4 heures par jour.

La proportion d'enfants qui ont travaillé augmente avec l'âge et varie selon le sexe. Les résultats montrent que 57 % des enfants de 5-9 ans avaient travaillé contre 83 % de ceux de 15-17 ans. De même, la proportion de filles qui ont effectué un travail est plus élevée que celle des garçons (77 % contre 66 %), surtout pour effectuer des travaux domestiques (75 % contre 63 %).

Par ailleurs, les proportions d'enfants ayant travaillé varient également selon le milieu de résidence. En effet, en milieu rural, 73 % des enfants ont travaillé contre 68 % en milieu urbain. Dans 70 % des cas, les enfants du milieu rural ont effectué des travaux domestiques, dont la majorité pendant une durée inférieure à quatre heures par jour (66 %). En outre, les résultats montrent que les enfants ont plus fréquemment travaillé dans les provinces du Nord-Kivu (81 %) et du Bas-Congo (77 %) que dans les provinces du Katanga (64 %), du Kasaï Occidental (66 %) et de Kinshasa (67 %). En fonction des quintiles de bien-être, on note que les proportions d'enfants ayant travaillé diminuent du quintile le plus pauvre au plus riche mais pas de façon régulière (71 % à 65 %). Enfin, on note que la proportion d'enfants orphelins ayant travaillé est plus élevée que celle des non orphelins (75 % contre 71 %). Plus de la moitié des orphelins ont travaillé pendant une durée hebdomadaire inférieure à quatre heures (59 %).

Tableau 16.10 Travail des enfants

Pourcentage d'enfants de 5-17 ans qui, au cours de la semaine ayant précédé l'enquête, ont travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre de la famille, ont travaillé dans les champs ou l'affaire de la famille, ou ont fait des travaux domestiques, en fonction du nombre d'heures travaillées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Enfants qui ont travaillé pour quelqu'un d'autre qu'un membre du ménage					Enfants qui ont travaillé dans les champs/affaires de la famille			Enfants qui ont fait des travaux domestiques			Ensemble des enfants qui ont fait du travail			Effectif d'enfants de 5-17 ans
	Payé, < 4 heures/jour	Payé, 4+ heures/jour	Non payé, < 4 heures/jour	Non payé, 4+ heures/jour	Ensemble	< 4 heures/jour	4+ heures/jour	Ensemble	< 4 heures/jour	4+ heures/jour	Ensemble	< 4 heures/jour	4+ heures/jour	Ensemble	
Groupe d'âges															
5-9	1,0	0,0	5,0	0,0	6,0	11,0	0,0	12,0	54,0	1,0	55,0	51,0	6,0	57,0	7 655
10-14	2,4	0,2	8,7	0,2	11,5	29,9	1,5	31,4	75,2	4,6	79,7	68,2	14,5	82,7	6 639
15-17	5,1	1,1	10,1	0,3	16,5	35,5	2,3	37,7	72,3	6,6	78,9	64,8	18,5	83,2	2 815
Sexe															
Masculin	2,7	0,4	7,0	0,1	10,3	22,4	1,0	23,4	60,4	2,1	62,5	57,1	9,0	66,1	8 801
Féminin	1,4	0,2	7,9	0,2	9,7	22,7	1,2	23,9	69,9	4,9	74,8	62,6	13,9	76,5	8 307
Milieu de résidence															
Urbain	1,3	0,3	3,9	0,1	5,6	11,3	0,6	11,8	63,6	3,2	66,8	58,9	9,4	68,3	7 286
Rural	2,7	0,3	10,0	0,2	13,3	30,9	1,5	32,4	66,1	3,6	69,7	60,4	12,8	73,2	9 823
Province															
Kinshasa	1,0	0,2	3,0	0,0	4,2	3,7	0,2	3,9	62,8	2,4	65,2	57,9	8,7	66,6	2 086
Bas-Congo	0,8	0,2	5,8	0,1	6,8	22,0	1,6	23,6	71,4	4,0	75,4	61,7	15,5	77,2	633
Bandundu	2,2	0,0	12,1	0,3	14,5	23,0	0,2	23,2	71,9	2,6	74,5	64,3	11,5	75,8	2 227
Équateur	2,9	0,1	7,4	0,0	10,4	29,8	1,2	31,0	68,4	4,4	72,8	61,2	13,0	74,3	2 358
Orientale	2,4	0,2	10,3	0,4	13,3	25,6	2,6	28,1	67,1	3,1	70,2	60,5	14,4	74,9	1 995
Nord-Kivu	2,2	0,7	12,0	0,1	15,0	30,2	4,6	34,8	71,3	5,9	77,3	54,4	26,5	80,9	696
Sud-Kivu	3,5	1,0	6,1	0,5	11,0	14,4	0,5	14,9	55,9	7,5	63,4	50,7	16,1	66,8	826
Maniema	3,9	0,8	8,8	0,1	13,6	26,2	1,0	27,2	60,1	2,7	62,8	58,4	8,2	66,7	568
Katanga	1,2	0,7	4,0	0,3	6,2	25,9	1,4	27,3	57,9	1,9	59,8	57,3	6,9	64,1	1 871
Kasaï Oriental	2,0	0,2	6,4	0,0	8,6	26,5	0,3	26,8	65,3	3,6	68,9	64,0	7,4	71,4	2 240
Kasaï Occidental	2,2	0,1	7,5	0,3	10,1	22,2	1,0	23,2	60,1	3,5	63,6	56,5	9,8	66,3	1 609
Quintile de bien-être économique															
Le plus pauvre	2,5	0,4	12,9	0,3	16,1	30,7	1,7	32,4	63,2	3,5	66,8	57,6	13,7	71,3	3 052
Second	2,1	0,3	8,4	0,3	11,1	29,0	1,3	30,4	66,9	3,9	70,9	61,4	12,5	73,8	3 440
Moyen	3,7	0,1	7,4	0,1	11,4	27,1	1,2	28,3	67,1	2,5	69,6	61,7	10,1	71,9	3 780
Quatrième	1,3	0,6	6,2	0,1	8,2	20,8	1,2	22,1	66,8	4,7	71,5	60,7	13,0	73,6	3 464
Le plus riche	0,8	0,1	2,7	0,1	3,6	5,1	0,1	5,3	60,5	2,7	63,2	56,9	7,8	64,8	3 373
Orphelin (père et/ou mère décédé)															
Oui	3,5	0,5	6,6	0,3	10,9	26,7	2,4	29,0	66,4	4,9	71,3	58,9	16,0	74,9	2 140
Non	1,9	0,3	7,5	0,2	9,9	21,9	0,9	22,9	64,8	3,2	68,1	59,9	10,7	70,6	14 969
Ensemble	2,1	0,3	7,4	0,2	10,0	22,5	1,1	23,6	65,0	3,5	68,5	59,8	11,4	71,1	17 109

STATUT DE LA FEMME 17

L'amélioration du statut de la femme et la recherche de l'équité entre les sexes font partie intégrante de l'amélioration des droits humains. L'intégration de la dimension genre est nécessaire pour assurer la réussite de tout programme dans le domaine de la santé et de la population. Les données concernant le statut de la femme revêtent donc une importance toute particulière.

Pour évaluer le statut de la femme en République Démocratique du Congo, un certain nombre de questions sur le pouvoir de décision dans le ménage et le contrôle exercé sur le revenu ont été posées aux femmes lors de l'enquête EDS-RDC. De même, on a cherché à connaître l'opinion des femmes concernant certains aspects de la vie du couple : en particulier, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons, il était justifié qu'un homme batte sa femme et si, pour certaines autres raisons, une femme pouvait refuser d'avoir des relations sexuelles avec son mari ou partenaire.

17.1 TYPE DE RÉMUNÉRATION DES FEMMES

Le tableau 17.1 présente deux types de données : le pourcentage de femmes actuellement en union ayant travaillé au cours des douze derniers mois avant l'enquête, et la répartition de ces femmes selon les types de revenus. On constate tout d'abord que près de quatre femmes en union sur cinq (79 %) âgées de 15-49 ans avaient travaillé au cours des douze derniers mois. Cette proportion varie avec l'âge : la proportion de femmes ayant travaillé au cours de douze derniers mois passe de 67 % dans le groupe d'âges 15-19 ans à 72 % dans celui de 20-24 ans, puis amorce une augmentation pour atteindre 85 % à 40 ans et plus.

Tableau 17.1 Emploi et type de rémunération des femmes actuellement en union

Pourcentage de femmes actuellement en union ayant travaillé au cours des 12 derniers mois et répartition (en %) des femmes actuellement en union et ayant travaillé au cours des 12 derniers mois, par type de rémunération, selon l'âge actuel, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes actuellement en union		Répartition (en %) des femmes actuellement en union et ayant travaillé dans les 12 derniers mois, par type de revenu					
Groupe d'âges	Pourcentage ayant un emploi	Effectif de femmes	Argent uniquement	Argent et en nature	En nature seulement	Non payé	Total[1]	Effectif de femmes
15-19	67,3	457	24,9	40,1	15,7	18,8	100,0	307
20-24	71,6	1 484	19,9	49,6	13,0	17,6	100,0	1 062
25-29	79,7	1 330	27,0	44,4	14,2	14,3	100,0	1 060
30-34	82,9	1 160	34,0	41,9	7,3	16,6	100,0	962
35-39	80,1	892	27,2	39,8	15,6	17,3	100,0	714
40-44	84,9	734	25,3	45,6	15,7	13,3	100,0	623
45-49	84,6	567	20,6	49,0	14,1	16,3	100,0	480
Ensemble 15-49	78,6	6 622	26,0	44,7	13,1	16,1	100,0	5 207

[1] Y compris les non déterminés

En ce qui concerne les types de revenus, on constate que, dans l'ensemble, seulement 26 % des femmes de 15-49 ans ont uniquement reçu de l'argent, alors que 45 % des femmes ont été payées en argent et en nature. Environ une femme sur huit (13 %) a été rétribuée en nature seulement en échange du travail fourni. À l'opposé, une proportion non négligeable de femmes qui ont travaillé n'ont pas été payées (16 %). On ne constate pas de variation importante en fonction de l'âge. Tout au plus peut-on souligner que parmi les femmes de 30-34 ans, la proportion de celles qui ont été rémunérées uniquement en argent (34 %) est plus élevée que parmi les autres.

17.2 Contrôle du Revenu de la Femme dans le Ménage

Le pouvoir de décision concernant l'utilisation des revenus de la femme est considéré comme l'un des indicateurs de statut de la femme. En effet, il permet de mesurer son niveau d'autonomie financière. Pour en obtenir une évaluation, les enquêteurs ont demandé aux femmes actuellement en union et qui avaient travaillé au cours des 12 derniers mois, à qui revenait principalement le pouvoir de décision sur l'utilisation de l'argent qu'elles gagnaient. L'analyse des données du tableau 17.2 révèle que dans la majorité des cas (72 %), les femmes en union décident de l'utilisation de leurs revenus, soit seules (25 %), soit conjointement avec leurs maris ou partenaires (47 %). Dans 28 % des cas, le mari décide seul de l'utilisation des revenus de la femme.

Le tableau 17.2 met aussi en évidence des disparités dans le contrôle du revenu de la femme. La proportion des femmes qui décident principalement de l'utilisation de leurs revenus est largement plus élevée en milieu urbain (40 %) qu'en milieu rural (15 %). Dans les provinces, c'est dans celles de Kinshasa et du Sud-Kivu que les proportions de femmes décidant seules de l'utilisation de leurs revenus sont les plus élevées (respectivement 61 % et 54 %). À l'opposé, dans les provinces de Bandundu et de l'Équateur, ces proportions ne sont que de 12 %.

Le niveau d'instruction de la femme influence nettement son autonomie de décision en ce qui concerne l'utilisation de son revenu. En effet, la proportion de femmes qui décident principalement de l'utilisation de leur revenu augmente de manière importante avec le niveau d'instruction, variant de 19 % parmi celles sans instruction à 34 % parmi celles de niveau secondaire et à un maximum de 59 % parmi celles de niveau supérieur. Par contre, la proportion de femmes qui laissent la décision à leur mari/partenaire diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme, passant de 30 % parmi celles sans instruction à 11 % parmi les plus instruites.

On constate un écart tout aussi important entre les femmes des ménages des trois premiers quintiles et celles des deux quintiles les plus riches : dans le quintile le plus riche, près de six femmes sur dix décident elles-mêmes de l'utilisation de leurs gains (57 %) contre moins d'une sur cinq dans les trois premiers quintiles (entre 13 % et 18 %).

Tableau 17.2 Contrôle du revenu des femmes

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans actuellement en union qui ont gagné de l'argent pour leur travail au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête en fonction de la personne qui décide de l'utilisation de leurs gains, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Personne qui décide de l'utilisation de l'argent gagné par la femme :					Effectif de femmes
	Principalement la femme	Mari et femme ensemble	Principalement le mari	Autre	Total[1]	
Groupe d'âges						
15-19	24,1	44,6	30,4	0,4	100,0	200
20-24	22,5	44,1	32,1	1,1	100,0	737
25-29	23,4	45,6	30,8	0,0	100,0	757
30-34	29,7	42,1	28,2	0,0	100,0	730
35-39	26,4	46,0	27,5	0,1	100,0	478
40-44	24,0	56,0	19,8	0,0	100,0	442
45-49	23,8	55,6	20,7	0,0	100,0	334
Nombre d'enfants vivants						
0	23,2	41,3	34,5	0,5	100,0	330
1-2	25,5	44,0	29,6	0,6	100,0	1 223
3-4	25,1	44,9	30,0	0,0	100,0	1 010
5+	24,9	53,1	22,0	0,0	100,0	1 116
Milieu de résidence						
Urbain	40,4	39,8	19,3	0,2	100,0	1 418
Rural	15,3	51,1	33,2	0,3	100,0	2 261
Province						
Kinshasa	60,9	29,4	9,4	0,3	100,0	444
Bas-Congo	28,5	50,7	20,4	0,0	100,0	179
Bandundu	11,9	49,7	37,7	0,8	100,0	687
Équateur	11,8	55,7	32,4	0,0	100,0	511
Orientale	20,9	57,9	21,0	0,3	100,0	573
Nord-Kivu	24,8	51,1	23,1	0,0	100,0	106
Sud-Kivu	54,4	24,9	20,7	0,0	100,0	61
Maniema	17,1	50,7	31,5	0,7	100,0	121
Katanga	26,0	48,3	25,7	0,0	100,0	358
Kasaï Oriental	27,8	37,3	34,3	0,1	100,0	307
Kasaï Occidental	23,4	37,0	39,0	0,1	100,0	330
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	18,5	51,8	29,6	0,1	100,0	873
Primaire	20,4	47,5	31,7	0,1	100,0	1 531
Secondaire	33,8	43,0	22,6	0,6	100,0	1 219
Supérieur	59,4	29,8	10,8	0,0	100,0	55
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	16,4	47,6	35,7	0,1	100,0	744
Second	13,3	52,3	33,9	0,5	100,0	872
Moyen	18,0	55,2	26,5	0,2	100,0	848
Quatrième	29,8	42,1	27,7	0,1	100,0	607
Le plus riche	57,3	30,7	11,7	0,3	100,0	608
Ensemble	25,0	46,8	27,9	0,3	100,0	3 679

[1] Y compris les non déterminés

17.3 PRISE DE DÉCISIONS DANS LE MÉNAGE

Pour évaluer le rôle et le niveau d'implication des femmes dans la prise de décisions au sein du ménage, on a posé aux femmes des questions pour savoir si l'enquêtée ou quelqu'un d'autre, prenait habituellement certaines décisions. Ces décisions portaient sur les soins de santé de la femme, les grosses dépenses du ménage, les achats quotidiens pour le ménage, les visites à la famille et/ou aux parents et la préparation quotidienne des repas.

Les résultats du tableau 17.3 indiquent que c'est dans la préparation quotidienne des repas que la proportion de femmes qui décident principalement est la plus élevée (57 %). À l'inverse, pour les grosses dépenses du ménage, la décision revient majoritairement au conjoint (51 % contre seulement 13 % pour la femme). On constate que même pour les décisions concernant la santé de l'enquêtée elle-même, c'est le mari seul qui, dans 55 % des cas, décide principalement.

Tableau 17.3 Participation des femmes dans la prise de décision

Répartition (en%) des femmes actuellement en union en fonction de la personne qui prend habituellement les décisions selon le type de décision, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Décision	Principalement la femme	Principalement le mari	Femme et mari ensemble	Femme et quelqu'un d'autre ensemble	Quelqu'un d'autre	Autre/ ND	Total	Effectif de femmes
Soins de santé personnels	22,2	55,4	18,3	0,6	3,0	0,4	100,0	6 622
Grosses dépenses du ménage	13,1	51,2	30,9	0,7	3,4	0,6	100,0	6 622
Achats des besoins quotidiens du ménage	31,5	38,4	25,3	0,8	3,4	0,6	100,0	6 622
Visites à sa propre famille/parents	17,7	49,7	28,3	0,9	2,4	1,0	100,0	6 622
La nourriture à préparer chaque jour	57,4	22,8	14,4	1,5	3,1	0,7	100,0	6 622

Le tableau 17.4 ci-dessous présente les proportions de femmes en union qui habituellement prennent, soit seules, soit conjointement avec leurs maris/partenaires, les types de décisions précitées, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Dans l'ensemble, on constate que seulement 22 % des femmes en union ont déclaré avoir participé à la prise des cinq types de décisions précités ; à l'opposé, 17 % n'ont participé à aucune décision.

On constate des variations selon les caractéristiques sociodémographiques. En fonction de l'âge, on note que la proportion de femmes ayant participé à la prise des cinq décisions précitées augmente de 10 % parmi celles de 15-19 ans à un maximum de 33 % parmi celles de 40-44 ans. On note aussi que les femmes qui exercent un travail rémunéré en argent sont proportionnellement plus nombreuses à être impliquées dans la prise de toutes les décisions (26 %) que celles qui travaillent sans être payées en argent (17 %) ou celles qui n'avaient pas travaillé (18 %). En outre, il semble que le niveau d'instruction influence légèrement le niveau de participation des femmes dans les décisions, les proportions de femmes associées à la prise des cinq décisions variant respectivement de 21 % à 27 % entre celles du niveau primaire et les femmes ayant atteint le niveau supérieur. Par contre, on ne note pas d'écarts importants entre les milieux de résidence (23 % des femmes en milieu urbain contre 22 % en milieu rural). Les résultats selon les provinces montrent que c'est à l'Équateur que la proportion de femmes impliquées dans les cinq décisions est la plus élevée (29 %). Par contre, dans les provinces du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental, cette proportion est inférieure à 15 %. Enfin, les résultats selon les quintiles de bien-être ne font pas apparaître de relation très nette entre le niveau de vie du ménage et le niveau d'implication de la femme dans la prise de décisions.

Tableau 17.4 Participation des femmes dans la prise de décision selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union qui habituellement prennent certains types de décisions, soit seules, soit conjointement avec leur mari/partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Soins de santé personnels	Grosses dépenses du ménage	Achats des besoins quotidiens du ménage	Visites à sa propre famille/ parents	La nourriture à préparer chaque jour	Pourcentage qui participent aux cinq décisions	Pourcentage qui ne participent à aucune des décisions	Effectif de femmes
Groupe d'âges								
15-19	28,4	28,4	40,7	34,7	60,4	9,7	27,7	457
20-24	34,4	36,9	47,9	40,1	65,0	15,6	20,6	1 484
25-29	38,9	44,4	58,1	44,3	72,6	23,0	17,1	1 330
30-34	40,5	44,4	56,4	46,2	72,0	22,0	16,6	1 160
35-39	46,2	49,6	64,0	49,5	76,8	26,1	15,2	892
40-44	50,7	54,3	66,2	56,4	80,1	32,8	12,0	734
45-49	47,8	51,8	67,7	54,9	78,4	28,7	10,6	567
Emploi au cours des 12 derniers mois								
N'a pas travaillé	37,3	38,5	51,6	42,5	64,6	17,7	22,2	1 405
A travaillé pour de l'argent	45,1	49,6	62,5	49,2	76,5	26,3	12,9	3 679
A travaillé mais pas pour de l'argent	32,7	36,2	48,5	41,6	67,8	16,7	22,2	1 524
Nombre d'enfants vivants								
0	33,7	38,9	48,2	42,4	65,1	17,5	21,6	657
1-2	37,4	40,5	51,7	43,1	68,0	19,1	19,2	2 281
3-4	40,6	42,8	58,1	45,6	74,9	21,6	16,4	1 706
5+	46,2	51,0	64,5	50,9	75,9	28,0	14,0	1 978
Milieu de résidence								
Urbain	44,5	47,7	60,3	49,9	69,9	23,1	16,2	2 669
Rural	37,8	41,6	54,5	43,3	73,1	21,7	17,8	3 954
Province								
Kinshasa	48,5	49,4	64,3	55,5	76,4	26,3	10,2	737
Bas-Congo	36,6	42,9	58,3	51,6	77,8	18,1	10,4	259
Bandundu	39,7	44,6	56,1	51,6	78,6	23,8	12,6	971
Équateur	54,0	52,7	64,4	48,8	74,2	29,4	15,9	866
Orientale	46,8	50,2	63,6	50,1	80,0	25,3	8,5	837
Nord-Kivu	41,3	49,0	66,4	44,8	83,4	19,8	8,3	232
Sud-Kivu	34,2	37,6	46,7	43,5	69,5	15,5	18,2	271
Maniema	33,5	50,4	57,5	37,9	71,6	20,9	16,6	243
Katanga	44,2	48,4	66,8	52,8	78,5	26,1	9,8	710
Kasaï Oriental	29,6	35,0	40,6	36,2	53,3	14,5	33,0	811
Kasaï Occidental	23,5	24,6	40,9	25,8	54,4	13,5	37,6	686
Niveau d'instruction								
Aucune instruction	42,2	43,7	55,6	47,9	74,4	24,6	16,8	1 592
Primaire	38,5	42,7	55,6	43,1	71,4	20,8	18,0	2 747
Secondaire	41,3	45,5	58,9	48,0	70,7	22,1	16,4	2 183
Supérieur	50,0	54,9	66,0	50,9	69,3	27,0	17,6	100
Quintile de bien-être économique								
Le plus pauvre	40,1	42,3	55,9	45,6	74,0	22,1	16,6	1 262
Second	37,2	41,8	55,6	41,9	72,7	20,2	16,4	1 473
Moyen	43,6	50,8	57,5	50,2	74,6	26,3	14,7	1 468
Quatrième	36,5	37,3	51,4	40,2	65,0	18,8	23,9	1 289
Le plus riche	45,7	48,1	64,9	52,8	72,5	23,7	14,4	1 129
Ensemble	40,5	44,1	56,8	46,0	71,8	22,2	17,2	6 622

Le tableau 17.4 présente aussi les résultats selon les types de décisions. Les activités ménagères étant traditionnellement dévolues aux femmes, il est normal que les proportions de femmes qui décident seules ou conjointement avec leur mari/partenaire pour la composition des repas quotidiens et pour les achats quotidiens du ménage soient élevées, cela quelle que soit la caractéristique considérée (respectivement, 72 % et 57 %). En revanche, seulement 44 % des femmes sont associées aux décisions concernant les gros achats du ménage. Il est important de noter aussi que moins d'une femme sur deux (41 %) décide seule ou conjointement avec leur mari/partenaire en ce qui concerne ses propres soins de santé. Cette proportion est plus élevée parmi les femmes âgées de 35 ans ou plus (au moins 46 %), parmi les femmes dont le travail est rémunéré en argent (45 %), parmi celles de milieu urbain (45 %), celles de niveau d'instruction supérieur (50 %) et parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus riche (46 %).

17.4 Opinions des Femmes Concernant Certains Comportements du Conjoint dans le Ménage

La perception du rôle qui est assigné à chacun des sexes dans la société et dans le ménage, l'opinion des femmes concernant l'égalité entre les hommes et les femmes ainsi que les droits des femmes constituent des aspects importants de ce module sur le statut de la femme. En demandant aux femmes leur avis sur un certain nombre de déclarations concernant divers aspects de la vie du ménage, on a cherché à déterminer si les femmes acceptaient ou non certains principes établis ; ces déclarations portent sur le droit d'un homme de battre sa femme et sur le droit d'une femme de refuser d'avoir des relations sexuelles avec son époux.

17.4.1 Approbation par les femmes de certaines raisons justifiant le fait de battre les femmes

Au cours de l'enquête, on a demandé aux femmes si elles pensaient que pour certaines raisons qui étaient citées, il était justifié qu'un homme batte son épouse ou partenaire. Le tableau 17.5 présente les pourcentages de femmes qui sont d'accord avec certaines raisons justifiant qu'un mari batte sa femme. Ces résultats sont présentés en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques.

Globalement, plus des trois quarts des femmes (76 %) pensent que, pour au moins une des raisons citées, un homme a le droit de battre sa femme ou partenaire. Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques ne mettent pas en évidence d'écarts significatifs. C'est parmi les femmes du milieu rural (79 %), celles des provinces du Bas-Congo, Bandundu, Équateur et Maniema (81 % dans chaque cas), et parmi celles sans instruction ou qui ont un niveau primaire (78 %), que cette proportion est légèrement plus élevée que la moyenne. À l'opposé, parmi les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur (54 %), cette proportion est nettement plus faible.

Par ailleurs, le tableau 17.5 présente les résultats selon les différentes raisons citées. On constate que c'est dans le cas où la femme néglige ses enfants ou sort sans avertir son mari que la proportion de femmes qui pensent qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme est la plus élevée (respectivement 56 % et 53 %). Pour plus d'une femme sur quatre (28 %), ce comportement de l'homme dans le ménage est considéré comme étant justifié quand la femme laisse brûler la nourriture.

Tableau 17.5 Opinion concernant le fait qu'un mari batte sa femme

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui pensent qu'il est justifié que, pour certaines raisons, un mari batte sa femme, par raison particulière et selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Il est justifié qu'un mari batte sa femme quand elle : Brûle la nourriture	Argumente avec lui	Sort sans lui dire	Néglige les enfants	Refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	Pourcentage qui sont d'accord avec au moins une des raisons avancées	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-19	31,1	48,0	52,5	56,6	31,0	74,4	2 030
20-24	28,9	49,0	56,9	57,0	39,4	78,7	2 274
25-29	26,6	45,4	54,1	56,0	38,8	77,0	1 655
30-34	28,7	48,1	54,6	57,4	43,2	76,6	1 344
35-39	25,3	43,2	52,7	53,6	38,5	73,6	1 044
40-44	26,5	45,3	46,6	49,7	41,1	70,2	909
45-49	27,4	47,9	48,8	52,9	39,7	73,8	739
Emploi au cours des 12 derniers mois							
N'a pas travaillé	26,8	43,0	52,1	53,8	32,0	71,9	3 093
A travaillé pour de l'argent	28,3	48,0	54,5	56,6	38,4	76,9	4 867
A travaillé mais pas pour de l'argent	30,5	51,3	52,5	55,6	47,3	78,5	2 018
État matrimonial							
Célibataire	27,9	44,1	52,3	55,0	28,1	72,0	2 432
En union	28,5	48,5	53,8	55,6	41,6	76,9	6 622
Divorcée/séparée/veuve	27,4	44,2	52,0	55,9	40,5	75,2	941
Nombre d'enfants vivants							
0	29,1	45,2	52,4	54,8	30,7	72,9	2 978
1-2	27,9	48,2	54,9	56,6	42,0	78,5	2 849
3-4	26,8	46,6	53,4	56,0	41,2	76,1	1 959
5+	28,8	48,4	52,2	54,5	40,7	75,0	2 209
Milieu de résidence							
Urbain	23,0	41,4	51,4	52,0	32,1	71,6	4 540
Rural	32,6	51,7	54,8	58,3	43,2	78,9	5 455
Province							
Kinshasa	15,3	36,6	47,3	50,4	22,9	67,3	1 575
Bas-Congo	27,9	37,9	54,6	64,0	35,5	80,9	397
Bandundu	28,8	46,9	54,7	58,6	37,8	80,7	1 518
Équateur	36,8	53,1	63,2	64,6	43,3	80,5	1 235
Orientale	31,2	45,1	46,8	52,3	34,9	73,3	1 083
Nord-Kivu	11,4	52,0	39,3	39,6	44,7	76,7	356
Sud-Kivu	21,7	48,9	49,6	45,9	46,9	75,7	426
Maniema	34,9	61,1	65,8	60,1	50,2	81,0	314
Katanga	25,3	50,4	53,0	55,6	34,7	73,1	1 073
Kasaï Oriental	38,9	46,6	57,3	58,1	44,7	76,7	1 132
Kasaï Occidental	32,4	52,7	53,2	52,3	48,9	74,3	886
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	29,0	50,6	52,5	52,6	43,6	77,5	2 081
Primaire	32,7	49,7	53,5	57,1	40,0	77,5	3 851
Secondaire	24,7	43,8	54,9	56,6	35,0	74,0	3 802
Supérieur	7,7	28,1	32,2	38,8	14,0	54,1	261
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	35,0	55,0	56,5	62,4	44,2	81,2	1 798
Second	31,9	49,4	53,3	55,9	41,6	78,4	1 967
Moyen	30,8	47,6	55,7	56,0	41,6	76,5	2 043
Quatrième	28,8	47,7	54,7	54,5	40,6	74,8	1 888
Le plus riche	17,2	37,9	47,4	50,0	25,5	68,7	2 300
Ensemble	28,2	47,1	53,3	55,5	38,2	75,6	9 995

17.4.2 Approbation, par les femmes, des raisons justifiant le refus d'avoir des rapports sexuels avec leurs maris/partenaires

Durant l'enquête, on a également demandé aux femmes si elles pensaient qu'il était justifié que pour certaines raisons citées, une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari ou partenaire. Le tableau 17.6 présente les résultats selon différentes caractéristiques sociodémographiques et raisons évoquées.

Pratiquement un quart (22 %) des femmes pensent qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, cela quelle que soit la raison citée. C'est parmi les femmes célibataires (24 %), celles ayant un niveau secondaire et supérieur (respectivement 27 % et 25 %), et celles vivant dans un ménage du quintile le plus riche (24 %) que cette proportion est la plus élevée. Selon les raisons spécifiques, les résultats montrent que c'est dans le cas où elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible (68 %) ou quand la femme vient d'accoucher (59 %) que les proportions de femmes qui approuvent qu'une femme puisse refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari sont les plus élevées. De plus, 46 % estiment qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son époux/partenaire quand elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur. Dans 46 % des cas, ce comportement est considéré comme étant acceptable quand la femme sait que son mari a des relations sexuelles avec d'autres femmes. Par contre, pour près de 17 % des femmes, aucune raison ne justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari. Plus précisément, il s'agit de 29 % des jeunes filles de 15-19 ans et d'un quart des femmes célibataires et de celles n'ayant pas d'enfants.

Tableau 17.6 Opinion concernant le refus d'avoir des rapports sexuels avec le conjoint

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui pensent qu'il est justifié que, dans certaines circonstances, une femme peut refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Il est justifié pour une femme de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle : Sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible	Sait que son mari a des rapports sexuels avec une autre femme	Vient d'accoucher	Est fatiguée ou pas d'humeur	Pourcentage qui sont d'accord avec toutes les raisons avancées	Pourcentage qui ne sont d'accord avec aucune des raisons avancées	Effectif de femmes
Groupe d'âges							
15-19	59,1	44,9	49,9	41,3	23,2	28,9	2 030
20-24	67,9	47,9	59,4	47,9	24,8	15,6	2 274
25-29	72,0	47,7	62,7	48,1	23,0	12,8	1 655
30-34	69,4	45,7	61,1	44,8	21,1	15,2	1 344
35-39	72,1	47,7	62,7	45,4	20,2	12,6	1 044
40-44	68,1	44,3	59,5	47,4	19,0	13,5	909
45-49	68,1	39,5	63,3	44,0	19,8	15,0	739
Emploi au cours des 12 derniers mois							
N'a pas travaillé	66,1	47,5	56,3	43,5	22,5	19,8	3 093
A travaillé pour de l'argent	71,7	46,5	62,0	48,2	23,8	13,8	4 867
A travaillé mais pas pour de l'argent	60,0	42,6	55,7	42,5	18,6	20,9	2 018
État matrimonial							
Célibataire	64,9	46,8	53,9	42,7	23,7	25,1	2 432
En union	68,3	45,5	60,5	46,4	21,7	14,8	6 622
Divorcée/séparée/veuve	68,5	47,2	60,2	47,1	22,9	14,0	941
Nombre d'enfants vivants							
0	62,4	45,6	52,7	41,6	22,7	25,4	2 978
1-2	69,9	46,6	59,9	47,6	23,2	14,1	2 849
3-4	70,1	45,2	63,7	48,1	22,5	13,0	1 959
5+	68,9	46,4	61,6	46,1	20,5	13,9	2 209
Milieu de résidence							
Urbain	72,1	48,0	60,5	46,9	22,2	14,4	4 540
Rural	63,7	44,3	57,5	44,5	22,4	19,6	5 455
Province							
Kinshasa	79,7	49,5	65,2	50,0	26,7	10,7	1 575
Bas-Congo	67,0	49,2	62,0	41,6	23,8	17,5	397
Bandundu	64,9	49,1	63,1	52,3	24,8	14,1	1 518
Équateur	65,3	51,5	58,5	47,4	28,9	22,2	1 235
Orientale	64,1	35,9	51,1	39,3	14,1	19,8	1 083
Nord-Kivu	71,4	34,5	57,7	37,0	10,5	12,4	356
Sud-Kivu	68,1	42,1	58,8	46,4	19,1	13,9	426
Maniema	66,8	45,2	56,8	47,4	22,0	20,6	314
Katanga	69,0	48,9	62,2	46,8	22,6	14,1	1 073
Kasaï Oriental	62,4	40,2	51,2	40,1	17,8	23,2	1 132
Kasaï Occidental	60,5	48,2	56,1	41,1	22,3	22,5	886
Niveau d'instruction							
Aucune instruction	59,7	40,4	55,5	44,9	18,5	20,4	2 081
Primaire	62,8	42,0	56,7	42,1	19,7	20,5	3 851
Secondaire	75,5	53,1	62,1	48,9	26,8	12,9	3 802
Supérieur	81,9	45,7	71,1	54,2	25,1	7,7	261
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	62,4	42,8	61,0	46,2	21,7	18,4	1 798
Second	65,0	45,6	55,6	43,3	22,2	19,0	1 967
Moyen	64,1	45,3	55,7	43,6	21,4	20,0	2 043
Quatrième	67,6	47,0	60,5	46,3	21,7	17,0	1 888
Le plus riche	76,4	48,6	61,5	48,2	24,1	12,6	2 300
Ensemble	67,5	46,0	58,9	45,6	22,3	17,2	9 995

VIOLENCE DOMESTIQUE 18

La République Démocratique du Congo est un pays post-conflit confronté à de graves violations des droits de l'homme. De par leur plus grande vulnérabilité, les femmes et les jeunes filles payent un lourd tribut à cause de ces conflits armés. En dépit des accords de paix et de l'avènement de nouvelles institutions politiques aux termes des élections générales, les violations des droits de l'homme persistent. En particulier, des violences sexuelles sont actuellement commises dans toutes les provinces, y compris dans celles non touchées par les conflits armés, et les femmes, quelle que soit leur catégorie sociale, en sont toujours les cibles principales. À ces violences dues à la situation d'insécurité, s'ajoutent celles perpétrées au sein des ménages, essentiellement à l'encontre des femmes. Au terme de la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée par les Nations Unies en 1993, les violences à l'encontre des femmes ont été considérées comme une grave violation des droits humains.

En RDC, l'Initiative Conjointe de lutte contre les violences sexuelles lancée en 2003 s'est, entre autres, fixée comme objectifs de mieux connaître l'ampleur des violences à l'encontre des femmes par la collecte et l'analyse des données concernant ce problème. Le module sur les violences domestiques développé dans l'EDS-RDC s'inscrit dans cette perspective. En particulier, ce module fournit des informations sur la prévalence de tout acte de violence commis par le mari/partenaire ou d'autres personnes sur les femmes depuis l'âge de 15 ans, y compris pendant la grossesse. Concernant la violence conjugale, c'est-à-dire celle exercée par le mari (actuel ou le plus récent) contre des femmes actuellement en union ou l'ayant été, on a cherché à connaître le type de violence (émotionnelle, physique ou sexuelle) subie et sa fréquence. Les informations recueillies permettent de décrire différents aspects des violences faites aux femmes en République Démocratique du Congo.

18.1 MÉTHODOLOGIE

Des mesures particulières ont été prises pour la collecte de données aussi sensibles que celles concernant la violence domestique. Les enquêtrices ont été formées sur les principes directeurs régissant la collecte des données dans le cadre de l'Initiative Conjointe de lutte contre les violences sexuelles. Il leur était recommandé de procéder avec tact et d'établir, au préalable, de bons rapports avec l'enquêtée, en l'assurant d'une part de la confidentialité des réponses fournies et en la mettant en confiance d'autre part. L'ensemble de ces mesures était particulièrement important, non seulement, pour la fiabilité des données collectées, mais aussi pour assurer la sécurité de l'enquêtée. Le module utilisé a été spécialement conçu pour permettre à l'enquêtrice de ne continuer l'enquête que s'il était possible d'être totalement en privé avec la femme interrogée. En effet, poser des questions sur la violence domestique, en particulier dans des ménages où l'auteur de ces violences pouvait être présent au moment de l'entretien, pouvait générer des actes de violence supplémentaires.

Le module sur la violence domestique a été administré dans un ménage sur deux. Dans le ménage sélectionné, une seule femme, tirée au hasard (selon la grille de Kish) était interviewée. Trois types de violences domestiques ont été pris en compte au cours de l'EDS-RDC. Il s'agit de la violence physique, de la violence émotionnelle et de la violence sexuelle.

La violence physique

La violence physique a été évaluée au moyen des questions à choix multiple suivantes :

- Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :

- *Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous ?*
- *Vous gifle ou torde le bras ?*
- *Vous frappe à coups de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?*
- *Vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre ?*

- Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :
    - *Essaye de vous étrangler ou de vous brûler ?*
    - *Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?*
    - *Vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?*

On a aussi demandé aux femmes si, depuis l'âge de 15 ans, elles avaient subi n'importe quel type de violence physique de la part de n'importe quelle personne autre que leur mari/partenaire. La question était formulée de la façon suivante : *à partir de l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?* Aux femmes répondant par l'affirmative, on a demandé quels étaient les auteurs de ces violences et combien de fois cela était arrivé au cours des 12 derniers mois.

La violence sexuelle

Ce type de violence a été évalué au moyen des questions suivantes :

- Est-ce que quelqu'un vous a jamais obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?
- La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous aviez été forcée contre votre volonté ?
- Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?
- Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :
    - *Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne le vouliez pas ?*
    - *Vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas ?*

La violence émotionnelle

Pour évaluer ce type de violences, la question a été formulée de la façon suivante :

- Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :
    - *Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?*
    - *Vous menace, vous ou quelqu'un proche de vous ?*

L'EDS-RDC s'est intéressée à la violence conjugale, c'est-à-dire la violence exercée par le conjoint, notamment par le mari/partenaire sur sa femme/partenaire. Ce type de violence cible essentiellement les femmes en union (violence de la part de leurs conjoints/partenaires) et celles en rupture d'union (violence de la part de leur dernier conjoint/partenaire). Les questions posées permettaient aussi de connaître la fréquence de ce type de violence au cours des 12 derniers mois.

Les approches utilisées pour tenter de mesurer la violence domestique qui ont consisté à s'enquérir séparément d'actes spécifiques de violence, présentent l'avantage de ne pas être affectées par

la compréhension de ce que l'on entend par violence. L'utilisation de différents types d'approches, le fait d'avoir donné à la femme plusieurs occasions de révéler des actes de violence et les précautions prises pour assurer la confidentialité de l'entretien ont permis de réduire au maximum les sous déclarations de violence domestique. Cela présente aussi l'avantage de donner à l'enquêtée plusieurs occasions de déclarer n'importe quelle expérience de violence subie. Il se pourrait cependant que des niveaux de sous-déclarations non négligeables persistent pour certaines catégories sociodémographiques des femmes compte tenu du silence qui entoure encore le phénomène. Pour cette raison, les écarts observés selon les différentes caractéristiques sociodémographiques doivent être interprétés avec prudence, même si, dans la plupart de cas, ils révèlent des différences réelles.

18.2 VIOLENCE PHYSIQUE

18.2.1 Violence physique depuis l'âge de 15 ans

Le tableau 18.1 présente les proportions de femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, commises soit par le mari/partenaire, soit par une ou d'autres personnes (proches de la femme ou du mari/partenaire), et les pourcentages de celles qui ont subi ces violences au cours des douze mois ayant précédé l'enquête. Ces résultats sont présentés selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les résultats montrent qu'en RDC, près de deux femmes sur trois (64 %) ont subi, depuis l'âge de 15 ans, des violences physiques à un moment donné de leur vie. Au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, environ une femme sur deux (49 %) a déclaré avoir subi des actes de violence. Cette prévalence élevée, ancienne ou récente, varie selon les provinces. La province de l'Équateur est celle où les femmes ont le plus fréquemment déclaré avoir subi des violences : 80 % à un moment quelconque et 67 % au cours des 12 derniers mois. Plus de la moitié des femmes ont subi des violences au cours des 12 derniers mois dans les provinces de Bandundu (56 %), Maniema (54 %) et Kasaï Occidental (60 %). Quelle que soit la province, on constate que plus d'une femme sur deux a déclaré avoir subi des violences depuis l'âge de 15 ans. Par contre, la prévalence des violences varie peu selon le milieu de résidence. En effet, 64 % des femmes résidant en villes contre 63 % des femmes rurales ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. La prévalence de la violence récente est un peu plus élevée en milieu rural qu'urbain (51 % contre 46 %). Ces résultats indiquent une maltraitance quasi généralisée à l'encontre des femmes et des jeunes filles. Les différences qui apparaissent selon les provinces notamment, peuvent illustrer des particularités autant qu'elles peuvent être le reflet de sous déclarations. En effet, et en dépit du manque de données systématiques sur la question, le statut de la femme au Maniema, au Kasaï Oriental est assez comparable à celui de la femme de l'Équateur.

Les résultats selon les caractéristiques sociodémographiques indiquent également que toutes les catégories de femmes sont concernées, avec des intensités plus ou moins variables, selon le bien-être économique, le niveau d'instruction, le statut d'activité et l'état matrimonial. En ce qui concerne l'état matrimonial, les résultats montrent de façon très nette que ce sont les femmes en union qui ont déclaré avoir subi le plus fréquemment des actes de violences, qu'il s'agisse de violence passée (69 %) ou récente (59 %). Ces résultats sont le reflet de la condition des femmes dans la société et de leur statut, inférieur à celui de l'homme, à l'intérieur du ménage. Des variations non négligeables apparaissent aussi selon le statut d'activité au cours des 12 derniers mois. Les femmes qui ont travaillé ont plus fréquemment subi des violences que celles qui n'ont pas travaillé. En outre, les femmes qui ont été payés en argent ont été davantage confrontées à des actes de violence que celles qui ont travaillé sans recevoir de l'argent (68 % contre 64 %). Il semblerait donc que les femmes qui ont une autonomie financière ne soient pas plus à l'abri que les autres des violences domestiques.

Tableau 18.1 Violence physique

Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans et pourcentage de celles qui ont subi des violences physiques au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes ayant subi des violences physiques: Depuis l'âge de 15 ans	Pourcentage de femmes ayant subi des violences physiques: Au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes
Groupe d'âges			
15-19	56,2	42,4	642
20-24	62,5	48,6	783
25-29	66,0	50,7	602
30-39	65,4	51,9	856
40-49	68,8	50,7	553
État matrimonial			
Célibataire	47,4	29,6	805
En union	69,1	58,6	2 284
Divorcée/séparée/veuve	65,7	30,2	346
A travaillé au cours des 12 derniers mois			
N'a pas travaillé	56,9	41,3	1 031
A travaillé pour de l'argent	67,7	51,9	1 663
A travaillé sans recevoir de l'argent	64,0	52,8	740
Nombre d'enfants vivants			
0	53,3	35,6	996
1-2	66,9	53,1	1 010
3-4	69,3	56,7	694
5+	67,8	54,1	737
Milieu de résidence			
Urbain	64,0	46,4	1 565
Rural	63,4	51,1	1 871
Province			
Kinshasa	58,6	33,1	543
Bas-Congo	56,2	38,0	134
Bandundu	66,9	55,8	490
Équateur	79,7	66,9	417
Orientale	62,5	42,8	388
Nord-Kivu	53,0	40,1	126
Sud-Kivu	53,2	41,9	151
Maniema	70,7	53,7	113
Katanga	62,5	48,5	375
Kasaï Oriental	55,8	49,2	398
Kasaï Occidental	69,1	60,0	301
Niveau d'instruction			
Aucune instruction	66,4	56,3	740
Primaire	64,8	50,6	1 245
Secondaire	63,0	45,0	1 330
Supérieur	42,3	30,6	121
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	68,5	56,7	613
Second	65,3	51,6	686
Moyen	63,0	52,5	690
Quatrième	65,1	49,7	648
Le plus riche	58,0	37,0	798
Ensemble	63,7	49,0	3 436

S'agissant du bien-être économique et du niveau d'instruction, on note que les femmes de niveaux secondaire et supérieur subissent moins de violences physiques que celles sans niveau d'instruction ou de niveau primaire. Autrement dit, la prévalence de la violence diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la femme augmente. On peut avancer l'hypothèse que l'éducation conférant une certaine respectabilité à la femme, celle-ci est davantage protégée des violences domestiques que les autres femmes ; on peut envisager aussi comme explication que l'instruction qui permet à la femme d'être mieux armée pour défendre ses droits, rend celle-ci moins vulnérable à la violence. Les résultats selon les quintiles de bien-être font apparaître une proportion élevée de femmes ayant déclaré avoir subi des violences, passées ou récentes, dans le quintile le plus pauvre (respectivement 69 % et 57 %). À l'opposé, c'est dans le quintile le plus riche que ces proportions sont les plus faibles (respectivement 58 % et 37 %). Bien que la violence domestique touche toutes les catégories de femmes, on peut penser que dans ces ménages, les femmes jouissent d'une protection certaine, et bénéficient d'aides financières ou en nature qui les mettent à l'abri de situations qui les rendent plus vulnérables.

Le tableau 18.2 présente la répartition des femmes ayant déclaré avoir subi des actes de violences physiques depuis l'âge de 15 ans en fonction de l'auteur de ces actes. Les données sont présentées selon l'état matrimonial de la femme. Au total, dans 60 % des cas, l'auteur des actes de violence est le mari ou le partenaire actuel. Parmi les femmes non célibataires, cette proportion est de 73 %. En outre, dans 20 % des cas, les femmes ont cité le père ou le beau-père et, dans une proportion identique, la mère ou la belle-mère. Cette proportion est particulièrement élevée parmi les célibataires (respectivement 45 % et 34 % contre 15 % et 17 % parmi les femmes non célibataires). Les rigueurs de l'éducation traditionnelle ainsi que les abus et l'autoritarisme prononcé des chefs de famille pourraient expliquer que les parents soient fréquemment les auteurs des violences. En outre, pour 13 % des femmes, les violences ont été commises par l'ex mari/ex partenaire. On note que, dans l'ensemble, dans seulement 2 % des cas, le policier ou le soldat a été cité comme auteur des violences physiques. Ce résultat semble surprenant si l'on se réfère aux données d'une enquête publiées en 2007 par l'Initiative Conjointe et qui ont révélé que les hommes en uniforme étaient relativement nombreux parmi les auteurs des violences sexuelles même si des changements ont été observés ces dernières années. Enfin, chez les femmes célibataires, dans 13 % des cas, les responsables de ces actes de violence sont les professeurs. Ceci traduit non seulement le phénomène du harcèlement sexuel à l'école, mais aussi les violences physiques faites aux élèves par certains enseignants.

Tableau 18.2 Auteur des violences physiques

Pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, par type d'auteur des violences selon l'état matrimonial, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Auteur	État matrimonial: Non célibataire	État matrimonial: Célibataire	Ensemble
Mari/partenaire actuel	73,0	na	60,2
Ex-mari/ex-partenaire	16,2	na	13,4
Ami/partenaire sexuel actuel	4,0	6,6	4,4
Ex-ami/ex-partenaire sexuel	1,3	3,8	1,7
Père/beau-père	15,1	44,5	20,2
Mère/belle-mère	16,6	34,3	19,7
Mère du conjoint	1,0	na	0,8
Père du conjoint	0,6	na	0,5
Professeur	4,5	13,1	6,0
Employeur	0,1	0,2	0,1
Policer/soldat	2,5	0,4	2,2
Autre	2,3	5,3	2,8
Effectif de femmes	1 806	382	2 188

na = Non applicable

18.2.2 Violence pendant la grossesse

Pendant la période de gestation, la femme est très vulnérable. Les conséquences des violences domestiques sur la santé maternelle sont graves. Les violences durant la grossesse font courir aux femmes des risques accrus, non seulement, pour leur propre santé et leur survie, mais aussi pour la survie de l'enfant à naître. Pour évaluer l'ampleur de cette violence, on a demandé aux femmes enceintes ou qui l'ont été, si elles avaient subi des violences physiques pendant cette période (ou ces périodes) de leur vie. Dans le cas d'une réponse affirmative, on demandait qui était l'auteur de ces actes de violence.

Tableau 18.3 Violence pendant la grossesse

Parmi les femmes actuellement enceintes ou qui ont déjà été enceintes, pourcentage de celles qui ont déclaré avoir subi des violences physiques pendant qu'elles étaient enceintes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Pourcentage qui ont subi des violences pendant la grossesse	Effectif de femmes qui ont déjà été enceintes
Groupe d'âges		
15-19	14,8	173
20-24	13,6	532
25-29	13,8	525
30-39	12,8	824
40-49	6,9	548
État matrimonial		
Célibataire	12,2	83
En union	11,8	2 188
Divorcée/séparée/veuve	13,9	331
Nombre d'enfants vivants		
0	12,7	162
1-2	12,1	1 010
3-4	13,3	694
5+	10,6	737
Milieu de résidence		
Urbain	11,1	1 071
Rural	12,7	1 531
Province		
Kinshasa	9,9	343
Bas-Congo	5,7	110
Bandundu	6,0	369
Équateur	22,5	332
Orientale	14,2	337
Nord-Kivu	20,0	95
Sud-Kivu	6,0	116
Maniema	16,8	84
Katanga	13,3	265
Kasaï Oriental	8,4	309
Kasaï Occidental	11,2	242
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	12,9	659
Primaire	12,6	991
Secondaire	11,0	907
Supérieur	(7,2)	44
Quintile de bien-être économique		
Le plus pauvre	15,1	504
Second	13,4	597
Moyen	12,7	531
Quatrième	10,5	468
Le plus riche	8,3	501
Ensemble	12,0	2 602

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Le tableau 18.3 présente, parmi les femmes actuellement enceintes ou qui l'ont été, les pourcentages de celles qui ont déclaré avoir subi des violences physiques pendant leur grossesse. Les résultats sont présentés en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des femmes. Dans l'ensemble, 12 % des femmes ont déclaré avoir subi des violences alors qu'elles étaient enceintes. On constate tout d'abord que cette proportion est environ deux fois plus faible chez les femmes de 40-49 ans que chez les plus jeunes (7 % contre 13 à 15 %). Les écarts selon les autres variables sociodémographiques sont faibles, à l'exception de la province de résidence. En effet, dans celle de l'Équateur, plus d'un cinquième des femmes ont subi des violences alors qu'elles étaient enceintes (23 %). Rappelons que dans cette province, 67 % des femmes ont déclaré avoir subi des actes de violence physique au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Dans le Nord-Kivu, la proportion de femmes ayant été confrontées à des actes de violence physique pendant leur grossesse est aussi élevée puisqu'elle concerne une femme sur cinq (20 %). On note des proportions plus faibles mais cependant plus élevées que la moyenne nationale dans le Maniema (17 %) et le Katanga (13 %). À l'opposé, c'est dans les provinces du Bas-Congo (6 %), du Bandundu (6 %) et du Sud-Kivu que cette proportion est la plus faible. Les résultats selon le niveau d'instruction ne font pas apparaître d'écarts très importants. Par contre, la proportion de femmes ayant subi des violences physiques au cours d'une grossesse diminue avec l'amélioration du bien-être économique, variant de 15 % parmi les plus pauvres à 8 % parmi les plus riches.

18.3 VIOLENCE SEXUELLE

La guerre et les conflits armés ont contribué à l'intensification des violences sexuelles en RDC. Parallèlement aux outils de collecte des données adoptés dans le cadre de l'Initiative Conjointe, l'EDS-RDC a été l'occasion de mesurer la prévalence des violences sexuelles à partir de quelques questions très simples mentionnées précédemment. Le tableau 18.4 présente les résultats de trois indicateurs clés à savoir les pourcentages de femmes pour lesquelles les premiers rapports sexuels se sont déroulés sous la contrainte, de celles qui ont été obligées d'avoir des rapports sexuels à un moment quelconque et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Dans l'ensemble, une femme de 18-49 ans sur dix a déclaré que ses premiers rapports sexuels s'étaient déroulés sous la contrainte, 16 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels à un moment quelconque contre leur volonté et 4 % ont déclaré avoir eu des rapports sexuels forcés au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Ces proportions varient selon les caractéristiques sociodémographiques, à l'exception du milieu de résidence. Toutes les provinces sont touchées par ce phénomène, ce qui confirme l'idée de sa persistance aussi bien en temps de guerre qu'en temps de paix. La prévalence est relativement élevée au Nord-Kivu, au Maniema, à l'Équateur et au Bandundu. Ces résultats s'expliquent en grande partie par le contexte particulier de guerre et de conflits armés au cours desquels les violences sexuelles ont été utilisées comme arme de guerre dans certaines provinces (Nord-Kivu, Maniema, Équateur, Sud-Kivu et province Orientale). Les résultats indiquent, comme on pouvait s'y attendre, que toutes les catégories de femmes sont concernées par les violences sexuelles. Les jeunes filles en particulier sont les plus exposées. En effet, la prévalence des violences sexuelles à un moment quelconque varie de 21 % chez les jeunes filles de 18-19 ans à 14 % chez les femmes de 40-49 ans. Au cours des 12 derniers mois, cette prévalence passe de 10 % à 3 % pour les mêmes catégories d'âges. De plus, parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels avant 15 ans, on constate que dans plus d'un cas sur cinq (21 %) ces premiers rapports sexuels ont été forcés.

Les résultats selon le niveau d'instruction mettent en évidence une augmentation des proportions de femmes ayant subi des rapports sexuels sous la contrainte avec le niveau d'instruction : en effet, de 9 % quand les femmes n'ont aucune instruction, la proportion de celles qui ont déclaré que leurs premiers rapports sexuels avaient été forcés passe à 11 % parmi celles de niveau secondaire et à un maximum de 15 % parmi celles de niveau supérieur. Les proportions de femmes ayant été obligées d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté à un moment quelconque présentent les mêmes variations : d'un minimum de 15 % parmi les femmes sans instruction, la proportion atteint 25 % parmi les plus instruites. Par contre, pour la période récente, on constate le résultat opposé, la proportion de femmes ayant eu des rapports sexuels sous la contrainte au cours des 12 derniers mois étant plus faible chez les femmes les plus instruites que chez les autres (1 % pour le niveau supérieur contre 5 % pour le primaire).

Les résultats selon les quintiles de bien-être économique montrent que, dans la période récente, la proportion de femmes qui ont eu des rapports sexuels sous la contrainte est environ deux fois plus élevée dans les quatre premiers quintiles que dans le plus riche (4 à 5 % contre 2 %).

Tableau 18.4 Rapports sexuels contre la volonté

Pourcentage de femmes de 18-49 ans qui ont déjà eu des rapports sexuels et dont les premiers rapports sexuels se sont déroulés sous la contrainte, pourcentage qui ont été obligées d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté à un moment quelconque, et pourcentage qui ont été obligés d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté dans les 12 derniers mois, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage dont les premiers rapports sexuels se sont déroulés sous la contrainte	Pourcentage qui ont été obligées d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté à un moment quelconque	Pourcentage qui ont été obligées d'avoir des rapports sexuels contre leur volonté dans les 12 derniers mois	Effectif de femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels
Groupe d'âges				
18-19	10,6	20,8	9,5	287
20-24	11,3	16,9	3,4	995
25-29	10,1	15,3	3,3	792
30-39	10,3	15,6	5,0	1 138
40-49	7,1	14,4	3,0	751
État matrimonial				
Célibataire	13,2	21,9	5,9	458
En union	9,2	14,7	4,2	3 063
Divorcée/séparée/veuve	11,3	18,8	2,3	441
Âge aux premiers rapports sexuels				
<15	12,4	21,0	7,0	836
15-19	9,4	15,2	3,4	2 571
20-24	11,0	14,1	4,5	337
25+	(5,3)	(10,7)	(2,2)	29
Manquant	4,9	8,5	1,8	189
Milieu de résidence				
Urbain	10,4	15,9	4,0	1 725
Rural	9,5	16,1	4,4	2 238
Province				
Kinshasa	9,0	15,2	2,4	613
Bas-Congo	7,6	10,3	1,3	169
Bandundu	14,4	18,4	7,3	591
Équateur	13,0	19,6	7,5	495
Orientale	9,5	18,6	4,0	480
Nord-Kivu	15,3	24,8	7,6	134
Sud-Kivu	5,1	17,6	5,6	169
Maniema	11,9	18,3	4,9	132
Katanga	5,9	8,9	1,9	430
Kasaï Oriental	8,0	12,1	2,2	418
Kasaï Occidental	7,9	15,8	1,8	331
Niveau d'instruction				
Aucune instruction	9,1	15,3	4,0	848
Primaire	9,4	15,5	5,0	1 474
Secondaire	10,5	16,3	3,7	1 524
Supérieur	14,9	24,8	1,4	117
Quintile de bien-être économique				
Le plus pauvre	10,7	18,3	4,9	708
Second	7,8	14,1	4,0	872
Moyen	11,7	16,6	4,9	803
Quatrième	11,2	18,3	5,2	709
Le plus riche	8,8	13,8	2,4	872
Ensemble	9,9	16,0	4,2	3 963

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

18.4 VIOLENCE CONJUGALE

L'étude de la violence domestique nécessite que soient examinées de manière approfondie les violences exercées contre les femmes par leurs maris ou partenaires actuels. En effet, la violence conjugale est la forme de violence domestique la plus fréquente chez les adultes. Les résultats présentés ici concernent trois formes de violence : émotionnelle, physique, sexuelle. Pour permettre une synthèse de ces résultats, un indicateur combinant ces trois formes de violence a été élaboré.

18.4.1 Prévalence des violences exercées par les conjoints

Le tableau 18.5 présente les pourcentages de femmes en union ou l'ayant été qui ont subi des actes de violence émotionnelle, physique et/ou sexuelle, actes exercés par leur mari/partenaire actuel ou précédent pour les femmes en rupture union. Les résultats montrent globalement qu'en RDC, 71 % des femmes ont été confrontées à des actes de violence émotionnelle, physique ou sexuelle de la part de leur mari ou partenaire. Quand on examine ces résultats en fonction de chaque type de violence, on constate que c'est la violence physique qui a été la plus fréquemment déclarée par les femmes (57 %). En outre, plus d'un tiers (35 %) ont subi des actes de violence sexuelle. Globalement, près des deux tiers (64 %) des femmes ont subi des actes de violence physique ou sexuelle. À cela s'ajoutent des actes de violence émotionnelle qui ont affecté 43 % des femmes.

La prévalence de ces différentes formes de violence varie de manière importante selon les provinces. En effet, à l'Équateur, plus de huit femmes sur dix (86 %) ont déclaré avoir été victimes d'actes de violence, que ceux-ci se soient manifestés sous forme de violence émotionnelle, physique ou sexuelle. Dans les provinces de Bandundu, au Maniema, et dans les deux Kasaï, cette proportion concerne plus de sept femmes sur dix. À l'opposé, c'est le Bas-Congo qui enregistre le moins de cas déclarés ; mais même dans cette province, près de six femmes sur dix ont été confrontées à des actes de violences (58 %).

Par ailleurs, les résultats ne font pas apparaître d'écarts importants entre les différentes catégories de femmes. Tout au plus peut-on souligner que la proportion de femmes ayant subi des actes de violence que celle-ci soit physique, sexuelle ou émotionnelle, est un peu plus élevée parmi les femmes du groupe d'âges 25-29 ans (75 %), parmi celles qui ont travaillé et qui ont été rémunérées en argent (73 %), parmi celles qui ont entre 1 et 4 enfants (entre 73 % et 74 %) et enfin parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre (75 %).

À la question concernant le type d'actes de violence conjugale subis par les femmes, on constate, au graphique 18.1, que dans près de la moitié de cas (45 %), les femmes ont déclaré avoir eu le bras tordu ou avoir été giflées par leurs maris. Les rapports sexuels sous contrainte ont été déclarés par 31 % des femmes, tandis que la menace ou l'attaque avec une arme ne s'est produite que dans 3 % des cas. Ceci est une illustration des abus commis par les hommes sur les femmes en raison de la position dominante que leur confère la société et du statut inférieur de la femme.

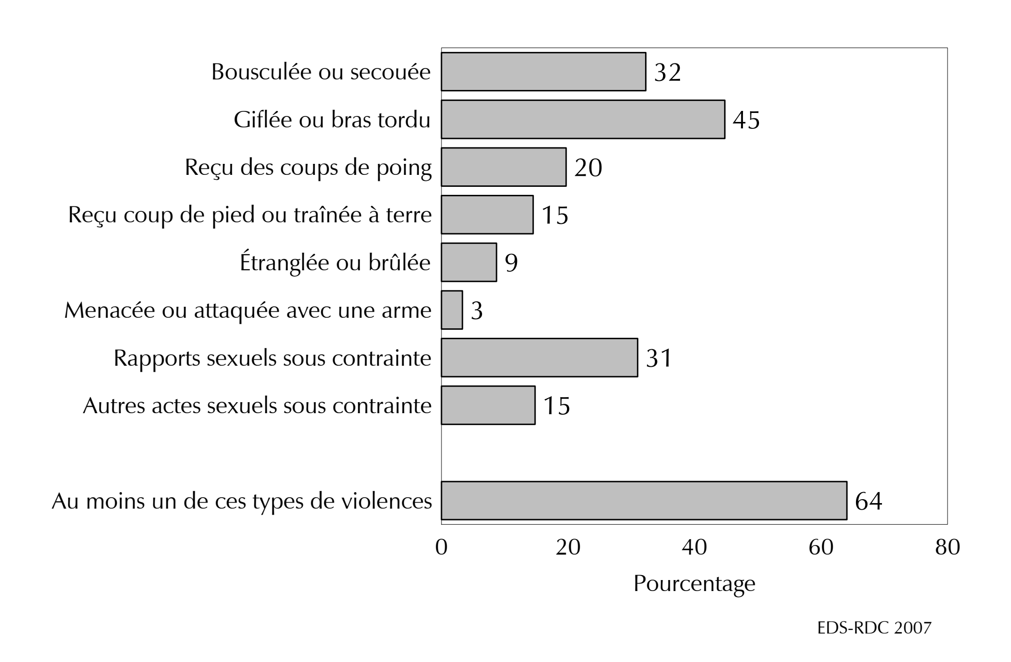
Tableau 18.5 Violence conjugale

Pourcentage de femmes actuellement en union, divorcées, séparées ou veuves qui ont déjà subi des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles exercées par leur mari/partenaire actuel ou précédent, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Violence émotionnelle	Violence physique	Violence sexuelle	Violence physique ou sexuelle	Violence émotionnelle, physique ou sexuelle	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-19	43,6	46,3	36,2	55,7	69,9	199
20-24	40,1	58,1	31,2	64,4	70,9	536
25-29	43,4	61,5	40,2	68,2	74,6	515
30-39	42,9	56,1	31,4	62,2	71,0	829
40-49	45,2	56,6	40,2	65,7	69,6	552
A travaillé au cours des 12 derniers mois						
N'a pas travaillé	39,5	52,3	28,5	59,9	68,0	539
A travaillé pour de l'argent	43,2	58,1	36,3	65,2	72,7	1 497
A travaillé sans recevoir de l'argent	45,6	58,0	38,7	65,0	70,8	594
Nombre d'enfants vivants						
0	34,6	42,8	29,7	49,4	61,4	263
1-2	43,4	57,9	35,3	65,7	72,6	937
3-4	47,4	59,7	35,9	66,3	74,3	693
5+	41,1	58,1	36,7	65,1	70,3	737
État matrimonial						
Actuellement en union	42,2	57,3	34,9	64,0	70,9	2 284
Mariée une seule fois	41,9	59,0	35,5	65,2	72,1	1 834
Mariée plus d'une fois	43,6	50,6	32,4	58,9	66,0	450
Divorcée/séparée/veuve	47,8	54,5	38,1	64,6	74,3	346
Milieu de résidence						
Urbain	41,6	56,3	35,4	64,6	71,1	1 070
Rural	43,8	57,3	35,2	63,7	71,5	1 561
Province						
Kinshasa	35,2	49,4	24,0	56,6	62,8	321
Bas-Congo	27,3	50,7	16,3	53,8	58,2	107
Bandundu	36,6	61,9	45,1	68,2	71,3	367
Équateur	55,2	71,1	52,1	78,9	85,5	343
Orientale	43,5	49,0	29,1	54,5	66,0	353
Nord-Kivu	55,8	42,9	36,0	56,7	69,1	92
Sud-Kivu	35,1	50,0	27,0	55,1	60,8	118
Maniema	57,0	61,4	32,0	65,7	75,9	87
Katanga	38,8	58,9	24,6	64,2	69,0	270
Kasaï Oriental	35,2	54,1	34,2	64,6	76,1	319
Kasaï Occidental	59,6	62,0	46,9	70,5	76,4	254
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	50,6	60,1	39,4	65,4	72,4	675
Primaire	40,7	56,5	34,2	62,9	70,2	1 019
Secondaire	40,4	54,3	33,5	63,6	71,3	898
Supérieur	(29,0)	(74,5)	(33,6)	(80,5)	(82,4)	39
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	48,0	64,1	42,5	68,9	75,2	514
Second	44,5	56,5	33,8	62,4	69,2	610
Moyen	46,5	55,5	37,5	63,9	74,5	534
Quatrième	41,7	54,7	36,7	63,5	71,7	493
Le plus riche	33,0	53,5	25,6	61,7	65,9	480
Ensemble	42,9	56,9	35,3	64,1	71,3	2 631

( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

Graphique 18.1 Pourcentage de femmes qui ont déjà été mariées ayant subi divers types de violence par leur mari/partenaire



18.4.2 Fréquence de la violence conjugale récente

Pour déterminer la fréquence de la violence conjugale, physique ou sexuelle récente, on a demandé aux femmes ayant déclaré avoir subi des actes de violence physique ou sexuelle commis par le mari/partenaire le nombre de fois qu'elles s'étaient trouvées confrontées à de tels actes au cours des 12 derniers mois (tableau 18.6). On note globalement que dans 37 % des cas, les femmes ont déclaré avoir subi plus de cinq fois, au cours des 12 derniers mois, des actes de violence causés par leur mari/partenaire ; dans 29 % des cas, ces actes de violence se sont produits trois à cinq fois et pour 34 % des femmes, ils ont eu lieu une à deux fois.

La fréquence de la violence conjugale varie selon les provinces et les caractéristiques sociodémographiques de la femme, notamment l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et le bien-être économique. En effet, on constate que ces cas de violence conjugale sont fréquents dans la province du Nord-Kivu puisque plus d'une femme sur deux (52 %) en a été victime plus de 5 fois. De même, ces comportements envers les femmes ont également été fréquents dans le Kasaï Occidental (50 %), le Sud-Kivu (48 %) et à l'Équateur (46 %). En outre, la fréquence de la violence conjugale diminue avec l'élévation du niveau d'instruction de la femme, la proportion de femmes ayant subi des actes de violence conjugales plus de 5 fois au cours des 12 derniers mois variant d'un maximum de 48 % parmi celles sans instruction à un minimum de 28 % parmi celles de niveau secondaire. Les résultats selon les quintiles de bien-être montrent que le niveau de richesse du ménage dans lequel vit la femme influence la fréquence de la violence conjugale, la proportion des femmes victimes d'actes de violence variant d'un maximum de 44 % dans les ménages les plus pauvres à un minimum de 25 % dans les plus riches.

En considérant l'état matrimonial, on constate que c'est surtout parmi les femmes divorcées ou séparées que la fréquence de ces actes récents de violence conjugale est la plus élevée : environ six femmes sur dix (62 %) ont déclaré avoir subi, l'année passée, de tels actes plus de cinq fois. Les résultats selon l'âge font aussi apparaître des écarts : les femmes les plus jeunes (40 % à 15-19 ans) et surtout les plus âgées (52 % à 40-49 ans) sont celles qui ont le plus fréquemment subi des actes de violence conjugale au moins 5 fois au cours des 12 derniers mois.

Tableau 18.6 Fréquence de la violence conjugale

Répartition (en %) des femmes actuellement mariées, divorcées ou séparées ayant déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles commises par leur mari/partenaire en fonction du nombre de fois que ces actes de violence se sont produits au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Fréquence des violences physiques ou sexuelles au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête					
	0 fois	1-2 fois	3-5 fois	Plus de 5 fois	Total[1]	Effectif de femmes
Groupe d'âges						
15-19	2,0	37,8	20,3	40,0	100,0	111
20-24	0,0	39,1	31,7	29,1	100,0	345
25-29	0,0	43,7	27,3	28,9	100,0	351
30-39	1,5	31,1	30,7	35,7	100,0	503
40-49	0,7	21,4	25,9	52,0	100,0	336
État matrimonial						
Actuellement en union	0,5	35,8	30,1	33,3	100,0	1 461
Divorcée/séparée	2,5	19,1	16,3	62,1	100,0	184
Milieu de résidence						
Urbain	1,3	33,8	30,4	34,1	100,0	677
Rural	0,3	34,1	27,2	38,2	100,0	969
Province						
Kinshasa	3,6	40,9	28,3	26,5	100,0	176
Bas-Congo	0,5	39,1	34,6	25,8	100,0	55
Bandundu	0,0	42,0	23,5	34,5	100,0	241
Équateur	0,0	23,3	30,8	45,9	100,0	270
Orientale	0,0	34,0	22,2	43,7	100,0	188
Nord-Kivu	0,0	22,8	22,1	52,2	100,0	52
Sud-Kivu	0,9	28,5	23,2	47,5	100,0	64
Maniema	0,3	28,8	34,8	33,0	100,0	56
Katanga	1,4	44,0	29,9	24,8	100,0	165
Kasaï Oriental	1,1	39,5	36,3	23,1	100,0	203
Kasaï Occidental	0,0	21,7	28,6	49,6	100,0	174
Niveau d'instruction						
Aucune instruction	0,1	28,4	22,8	48,1	100,0	427
Primaire	0,4	36,2	25,3	37,9	100,0	636
Secondaire	1,5	34,3	36,3	27,6	100,0	554
Supérieur	(2,1)	(58,1)	(34,4)	(5,4)	(100,0)	30
Quintile de bien-être économique						
Le plus pauvre	0,0	33,9	22,0	43,8	100,0	344
Second	0,2	33,9	26,7	39,0	100,0	370
Moyen	0,0	32,1	26,9	40,8	100,0	341
Quatrième	0,7	28,2	39,2	31,4	100,0	307
Le plus riche	3,0	42,5	29,3	24,8	100,0	284
Ensemble	0,7	34,0	28,5	36,5	100,0	1 646

[1] Y comprise les non déterminés
( ) Basé sur un faible nombre de cas non pondérés

18.4.3 Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints

Dans le cadre de la violence conjugale, le mari ou le partenaire étant l'auteur des actes de violence, il est très important d'examiner les variations des proportions de femmes ayant subi ce type de violences en fonction des caractéristiques du mari ou partenaire et des indicateurs relatifs au statut de la femme. Certaines caractéristiques liées au couple ont également été prises en considération notamment l'écart d'âges entre conjoints, la différence d'instruction entre conjoints et la participation de la femme à la prise de décision au sein du couple. D'autres variables liées au comportement du mari ont également été prises en compte. Les résultats de ces analyses sont présentés au tableau 18.7.

Tableau 18.7 Violence conjugale, statut de la femme et caractéristiques des conjoints

Pourcentage de femmes actuellement en union ou qui l'ont été et qui ont déclaré avoir subi divers types de violence conjugale au cours de l'année précédente, selon certaines caractéristiques des conjoints et selon certaines caractéristiques relatives au statut de la femme, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Violence émotionnelle	Violence physique	Violence sexuelle	Violence physique ou sexuelle	Violence émotionnelle, physique ou sexuelle	Effectif de femmes
Niveau d'instruction du mari/partenaire						
Aucune instruction	51,0	58,6	39,4	65,3	73,8	228
Primaire	47,5	58,7	34,5	64,2	71,6	646
Secondaire	39,3	57,2	36,0	65,0	70,7	1 452
Supérieur	37,7	51,3	26,8	58,9	68,9	218
Consommation d'alcool par le mari/partenaire						
Ne boit pas	33,2	49,0	30,2	57,7	64,9	1 265
Boit, mais n'est jamais soûl	42,6	52,7	35,5	64,0	67,5	246
Est parfois soûl	45,9	62,3	36,9	67,1	75,6	782
Est souvent soûl	74,2	78,6	51,4	82,4	89,8	331
Écart d'âge entre la femme et son mari/partenaire						
Femme plus âgée ou même âge	45,1	53,4	39,3	58,3	66,7	136
Mari plus âgé que la femme de 1-4 ans	41,8	54,8	31,8	62,9	73,2	673
Mari plus âgé que la femme de 5-9 ans	41,4	59,8	37,1	66,7	70,7	871
Mari plus âgé que la femme de 10 ans ou plus	41,1	55,8	31,4	61,3	68,6	568
Différence d'instruction entre conjoints						
Mari a plus d'instruction	40,9	56,6	35,4	63,3	69,5	1 827
Femme a plus d'instruction	45,8	61,1	38,0	71,7	75,4	242
Mari et femme ont le même niveau	37,5	50,4	32,4	60,4	72,9	211
Aucun n'a de l'instruction	55,5	59,4	36,3	62,4	74,1	160
Nombre de décisions auxquelles participe la femme						
0	42,1	53,7	32,4	58,5	65,6	348
1-2	38,5	53,3	32,6	62,6	68,4	742
3-4	44,4	61,0	37,8	67,5	75,9	685
5	44,9	60,5	35,9	65,0	71,2	509
Nombre de raisons justifiant le fait pour une femme de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son mari						
0	36,6	50,4	34,5	57,3	66,6	378
1-2	46,4	58,1	35,9	64,6	72,1	1 065
3	42,6	58,2	35,1	66,2	73,2	611
4+	41,0	57,7	34,9	65,2	71,0	577
Nombre de raisons justifiant le fait que les hommes battent leur femme						
0	34,4	50,5	32,9	58,5	65,1	603
1-2	43,5	55,6	33,7	63,8	70,9	820
3-4	43,8	58,6	35,3	64,5	72,5	820
5	53,3	66,3	42,4	72,5	79,4	388
Ensemble[1]	42,9	56,9	35,3	64,1	71,3	2 631

[1] Le total inclut 86 cas dont le niveau d'instruction du mari est non déterminé, 7 cas dont la consommation d'alcool par le mari est non déterminée, 35 cas dont l'écart d'âge entre femme et homme est non déterminé et 189 cas dont l'écart d'instruction entre femme et homme est non déterminé.

On constate en premier lieu que la consommation d'alcool par le mari/partenaire influence de manière très nette la prévalence de la violence conjugale. La proportion de femmes ayant subi des actes de violence, quelle qu'en soit la forme, augmente avec la consommation d'alcool par le mari/partenaire : de 65 % pour les femmes dont le mari ne boit pas d'alcool, la proportion passe à 76 % pour celles dont le mari est parfois soûl et à 90 % pour celles dont le mari est souvent soûl. Cette tendance s'observe quel que soit le type de violence (émotionnelle, physique ou sexuelle).

Les résultats selon le niveau d'instruction du mari montrent que la proportion de femmes ayant subi des actes de violence diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction du conjoint augmente : de 74 % pour les femmes dont le mari ou partenaire n'a aucune instruction, la proportion passe à 71 %

pour celles dont le conjoint a un niveau secondaire et à 69 % pour celles dont il a un niveau supérieur. On peut penser qu'avec l'acquisition d'un niveau d'instruction, les hommes acquièrent une certaine ouverture d'esprit qui leur permet de percevoir la femme autrement et de lui conférer un statut plus élevé. Cependant, même quand le mari/partenaire est instruit, la proportion de femmes ayant subi des actes de violence conjugale demeure élevée. Il y a lieu de s'interroger sur la prise en compte des questions de genre dans l'enseignement.

On note par ailleurs que la proportion des femmes qui ont subi ces violences est plus faible (70 %) dans les couples où le mari a plus d'instruction que la femme, comparativement aux couples où les deux conjoints sont sans instruction (74 %) ou ont le même niveau d'instruction (73 %) ou encore par rapport à ceux où la femme est plus instruite que le mari (75 %). Dans ce dernier cas, on peut penser que cet avantage de la femme sur l'homme est vécu par l'homme comme une perte de pouvoir et peut se traduire dans certains cas par des actes de violences. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de mettre en place des actions de sensibilisation ciblées à l'endroit des hommes qui sont, dans la plupart de cas, les auteurs des violences conjugales.

Le pouvoir d'action des femmes dans le ménage est lié à leur statut. On peut donc s'attendre à ce que la prévalence de la violence conjugale varie en fonction de ce statut. À cette fin, la prévalence de la violence conjugale est analysée ici en fonction de certaines variables relatives au statut de la femme qui ont été présentés au chapitre 17 concernant le statut de la femme. Contre toute attente, on ne constate pas de diminution du niveau de la violence conjugale récente ni avec le nombre de décisions auxquelles la femme a été associée, ni en fonction du rejet de certains comportements traditionnels de l'homme dans le ménage. En effet, c'est quand la femme a été associée à 3-4 décisions que la prévalence est la plus élevée (76 %) et à l'opposé, c'est quand elle n'a participé à aucune prise de décision que la prévalence est la plus faible (66 %). De même, la prévalence de la violence conjugale récente est plus faible parmi les femmes qui pensent qu'aucune raison ne justifie qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint que parmi celles qui pensent que pour certaines raisons il est justifié qu'une femme adopte un tel comportement (71 % contre 67 %). Par contre, les résultats montrent que c'est parmi les femmes qui pensent que pour cinq raisons, il est normal qu'un homme batte son épouse/partenaire que la prévalence de la violence conjugale récente est la plus élevée (79 % contre 65 % quand la femme pense qu'aucune raison ne justifie un tel comportement).

RÉFÉRENCES

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1998. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 47 (RR-3) : 1-29.

Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, et A. Wagstaff. 2000. *Socio-economic differences in health, nutrition and poverty*. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank. Washington, D.C. : The World Bank.

Henry, L. 1972. *Démographie. Analyse et modèles.* Larousse: Paris.

Institut National de la Statistique (INS) [République Démocratique du Congo]. 1992. *Recensement Scientifique de la population, Totaux définitifs.* Kinshasa, République Démocratique du Congo : INS.

Ministère de l'Intérieur [République Démocratique du Congo]. 1970. *Résultats officiels du recensement Général de la Population de la République Démocratique du Congo proclamés par arrêté no 1236 du 31 juillet 1970 par le Ministre d'État Chargé de l'Intérieur*. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

Ministère de la Santé [République Démocratique du Congo]. 2005. *Annuaire Données Sanitaires 2005.* Kinshasa, République Démocratique du Congo : Ministère de la Santé.

ONUSIDA. 2004. *Report on the global HIV/AIDS epidemic: 4th global report*. Geneva: UNAIDS.

ONUSIDA et OMS. 1999. *AIDS Epidemic Update: December 1999*. (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization), Geneva, Switzerland: UNAIDS and WHO.

ONUSIDA et OMS. 2005. *Guidelines for measuring national HIV prevalence in population-based surveys.* (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI surveillance), Geneva, Switzerland: UNAIDS and WHO.

Rutstein, S.O., et G. Rojas. 2003. *Guide to DHS Statistics*. Calverton, Maryland : ORC Macro.

Sullivan, J.M., S.O. Rutstein, et G.T. Bicego. 1994. *Infant and Child Mortality*. DHS Comparative Studies No. 15. Calverton, Maryland : ORC Macro.

Tabutin, D. 2000. *Analyse des données démographiques déficientes. Méthodes d'évaluation et d'analyse des données démographiques pour les pays en développement*. Document pédagogique. Louvain-la-Neuve, France : Diffusion Universitaire CIACO (DUC).

Trussell, J. et G. Rodriguez. 1990. A Note on the Sisterhood Estimator of Maternal Mortality. *Studies in Family Planning* 21(6): 344-346.

UNICEF. 1996. *Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes au Zaïre en 1995 (ENSEF). Rapport d'analyse.* Vol. 2. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

UNICEF. 2002. *Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes MICS2*. *Rapport d'analyse.* Vol. 2. Kinshasa, République Démocratique du Congo.

United Nations. 1982. *Model Life Tables for Developing Countries*. Department of International Economic and Social Affairs, Population Studies No. 77. New York: United Nations.

Vanderlinden, J. et al. 1980. *Du Congo au Zaïre, Essai d'un bilan 1960-1980.* Bruxelles : CRISP.

WHO Multicenter Growth Reference Study Group. 2006. *WHO child growth standards : Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, and body mass index-for-age : Methods and development*. Genève: World Health Organization.

Yost, N.P., J. Owen, V. Berghella, E. Thom, M. Swain, G.A. Dildy III, M. Miodovnik, O. Langer, et B. Sibai [for the National Institute of Child Health and Human Development, Maternal-Fetal Medicine Units Network]. 2006. Effect of coitus on recurrent preterm birth. *Obstetrics and Gynecology* 107: 793-797.

PLAN DE SONDAGE



A.1 INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé réalisée en République Démocratique du Congo (EDS-RDC) en 2007 porte sur un échantillon national d'environ 10 000 femmes, âgées de 15 à 49 ans et vivant dans des ménages ordinaires. L'objectif principal de l'enquête est de recueillir des informations sur les taux de fécondité et de mortalité infantile et infanto-juvénile, la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives, la santé maternelle et infantile, et les attitudes vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles (IST) et du sida. Elle permet également d'estimer le taux de prévalence du VIH dans la population. Pour l'enquête femme, elle vise à produire des résultats pour l'ensemble du pays, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des 11 provinces :

- Kinshasa
- Bas-Congo
- Bandundu
- Équateur
- Orientale
- Nord-Kivu
- Sud-Kivu
- Maniema
- Katanga
- Kasaï Oriental
- Kasaï Occidental

Une enquête auprès des hommes a été également menée au moment de l'enquête auprès des femmes. Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un sur deux a été sélectionné pour l'enquête auprès des hommes. Tous les hommes âgés de 15 à 59 ans dans les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des hommes ont été interviewés pour recueillir des informations sur la connaissance et l'utilisation de la contraception, la connaissance sur des maladies sexuellement transmissibles et le sida. Toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans ce sous-échantillon ont été également éligibles pour le test du VIH. Pour l'enquête homme, elle vise à produire des résultats pour l'ensemble du pays, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des 11 provinces.

Pour le test du VIH, des résultats représentatifs sont présentés pour l'ensemble du pays, pour le milieu urbain et le milieu rural, pour la capitale Kinshasa et pour chacune des trois régions géographiques :

- Ouest
- Est
- Centre-Sud

Pour les besoins de l'analyse de la prévalence du VIH, les provinces sont regroupées en régions de la manière suivante : l'Ouest comprend les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et de l'Équateur ; l'Est comprend le province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Maniema ; et le Centre-Sud comprend les provinces du Katanga, du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental.

A.2 BASE DE SONDAGE

La base de sondage est une liste complète des unités primaires (UP) qui sont des quartiers de villes statutaires, des secteurs/chefferies et des cités de provinces. Cette base a été établie pour les besoins du recensement de la population en RDC en 1984, mais partiellement actualisée à plusieurs occasions par des recensements administratifs. Cette base avait servi comme base de sondage pour la deuxième Enquête à Indicateurs Multiples (MICS2) en 2001 et pour l'Enquête 1-2-3 (emploi, secteur informel et consommation des ménages) en 2005. Elle comporte des informations sur la localisation et le type de résidence (les secteurs et les chefferies sont considérés comme milieu rural, les quartiers de villes statutaires et de cités sont considérés comme milieu urbain) pour chaque UP. Elle comporte aussi une mesure de la taille, la taille étant les populations recensées à différents moments (en 2001, 2002, 2003 et 2004). Même si les recensements administratifs sont moins fiables, surtout dans certaines provinces ou les populations étaient particulièrement gonflées, aucune année ne donne la population entière du pays. Comme il n'y pas eu de recensement général de la population en RDC depuis 1984, c'est la seule source disponible jusqu'à présent. Pour avoir une distribution de la population du pays pour une année, une population imputée a été obtenue sur la basé de la population de 2003 qui était la plus récente et la plus complète. Le tableau A.1 ci-dessous présente les répartitions de la population et des UP par province et par milieu de résidence.

Tableau A.1 Répartition de la population et répartition des unités primaires par province et par milieu de résidence

Province	Population		Unités primaires			
	Pourcentage urbain	Total	Cité	Quartier	Secteur	Chefferie
Kinshasa	100,0	11,5	0	326	0	0
Bas-Congo	29,9	4,9	16	40	56	0
Bandundu	20,6	14,0	25	38	82	10
Équateur	25,9	12,5	14	44	86	2
Orientale	14,8	12,9	17	71	188	11
Nord-Kivu	25,3	4,0	2	26	9	8
Sud-Kivu	26,1	4,3	3	14	15	8
Maniema	40,7	3,0	4	9	23	5
Katanga	55,7	11,4	30	94	45	48
Kasaï Oriental	50,1	11,5	11	87	76	8
Kasaï Occidental	35,2	10,0	9	34	50	3
Total	40,0	100,0	131	783	630	103

Une autre base de l'entité statistique en dessous de la cité et du secteur/chefferie est aussi disponible en fichier électronique pour une partie des 10 provinces; une autre partie est en format imprimé. Les entités sont des quartiers dans les cités et des villages dans les secteurs et chefferies. Elles comportent des informations sur leur localisation, mais elles n'en comportent pas sur leur population. Cette base a été utilisé au second degré de tirage pour tirer les villages et les quartiers dans les secteurs/chefferies et les cités tirés au premier degré.

A.3 La Procédure de Tirage et l'Allocation de l'Échantillon

L'échantillon de l'EDS-RDC est un échantillon stratifié, représentatif au niveau national, tiré à deux degrés dans les villes statutaires, et à trois degrés dans le reste de la province. Chaque province est stratifiée en trois strates : la strate des villes statutaires, la strate des cités, et la strate du milieu rural qui consiste en des secteurs et des chefferies de la province. Comme Kinshasa n'a qu'une ville statutaire, elle est stratifiée par les quatre districts. Au total, il y a 34 strates d'échantillonnage qui ont été créées. Pour les villes statutaires, on a tiré au premier degré les quartiers comme unité primaire (UP), avec un tirage à probabilité proportionnelle à leur taille ; au second degré on a tiré les ménages dans les quartiers tirés. Pour le milieu rural et les cités, on a tiré au premier degré les collectivités (secteur, chefferie et cité) comme unités primaires (UP), avec un tirage à probabilité proportionnelle à leur taille; au second degré on a tiré les villages dans les secteurs et chefferies, les quartiers dans les cités comme unités secondaires (US), avec un tirage systématique à probabilité égale car il n'y pas de mesure de taille au niveau des US; et au troisième degré on a tiré les ménages dans les US tirées. L'échantillon a été tiré indépendamment dans chaque strate. Au premier degré avant le tirage des UP, la base de sondage a été triée à l'intérieur de chaque strate par commune/territoire et puis par la population pour créer des effets de stratification plus fine et implicite. Après le tirage de UP dans les villes statutaires et les US dans les cités et le milieu rural, un dénombrement des ménages a été effectué dans chacune des UP tirées de villes statutaires et chacune des US tirées des cités et de milieu rural. Le dénombrement consiste à visiter chacune grappe sélectionnée pour établir un plan de situation et un plan d'accès à la grappe ; à rendre une visite rapide à chaque ménage résidant pour vérifier le statut de l'habitat et relever le nom du chef de ménage et l'adresse de ménage afin d'établir une liste complète des ménages dénombrés pour chacune unité. Cette liste de ménage a servi de base de sondage pour le tirage des ménages.

En ce qui concerne l'allocation de l'échantillon, l'analyse des EDS a montré qu'il faut un minimum de 800 femmes enquêtées avec succès par domaine pour produire des indicateurs avec fiabilité. Une répartition de l'échantillon proportionnelle à la taille de la province ne peut pas garantir ce nombre minimum de femmes enquêtées avec succès, notamment pour la province de Maniema qui ne représente que 3 % de la population totale. Les théories montrent que pour que les précisions de l'enquête soient comparables entre les différents domaines, une allocation identique de l'échantillon par domaine est préférable. La répartition retenue est la répartition identique avec des ajustements pour que le milieu urbain, Kinshasa non compris, ait une taille importante par rapport au milieu rural. La répartition donne les résultats présentés aux tableaux A.2 et A.3 suivants.

Tableau A.2 Répartition de l'échantillon grappes par strate

Province	Ville statutaire	Cité	Secteur/ chefferie	Total
Kinshasa	36	0	0	36
Bas-Congo	4	4	19	27
Bandundu	2	7	18	27
Équateur	5	3	18	26
Orientale	3	6	19	28
Nord-Kivu	6	2	18	26
Sud-Kivu	4	2	18	24
Maniema	4	2	18	24
Katanga	9	5	16	30
Kasaï Oriental	8	2	17	27
Kasaï Occidental	4	5	16	25
Total	85	38	177	300

Tableau A.3 Répartition des ménages sélectionnés et des femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès par province et par milieu de résidence

Province	Nombre de ménages sélectionnés			Nombre attendu de femmes enquêtées avec succès		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Kinshasa	1 080	0	1 080	1 783	0	1 783
Bas-Congo	240	570	810	278	661	939
Bandundu	270	540	810	386	772	1 158
Équateur	240	540	780	366	825	1 191
Orientale	270	570	840	361	761	1 122
Nord-Kivu	240	540	780	286	644	930
Sud-Kivu	180	540	720	266	799	1 065
Maniema	180	540	720	245	735	980
Katanga	420	480	900	536	611	1 147
Kasaï Oriental	300	510	810	364	617	981
Kasaï Occidental	270	480	750	366	650	1 016
Total	3 690	5 310	9 000	5 237	7 075	12 312

Note : Les calculs ci-dessus sont basés sur les faits suivants : le nombre moyen de femmes de 15-49 est de 1,47 par ménage au niveau national ; il varie de 1,3 à 1,8 par province ; le taux de réponse de ménage est de 94 % ; le taux de réponse des femmes est de 96,7 % (source MICS2, RDC 2001). Le nombre de ménages à enquêter par grappe est fixé à 30 ménages par grappe.

Au total, 300 grappes ont été sélectionnées, dont 123 en milieu urbain et 177 en milieu rural. Le nombre de ménages à sélectionner est une fonction du nombre de femmes âgées de 15-49 ans par ménage, du taux de réponse des ménages et du taux de réponse des femmes. Le nombre de grappes à sélectionner est une fonction du nombre de ménages à sélectionner par grappe. Le nombre de ménages retenu à sélectionner par grappe est de 30 ménages. En total, 9 000 ménages ont été sélectionnés, dont 3 690 en milieu urbain, et 5 310 en milieu rural. Le nombre attendu de femmes de 15-49 enquêtées avec succès a été de 12 312 environ, dont 5 237 en milieu urbain et 7 075 en milieu rural. Due au nombre de femmes par ménage beaucoup moins qu'on a attendu, soit 1,16 femmes de 15-49 par ménage, le nombre réel de femmes enquêtées avec succès est de 9 995, dont 4 789 en milieu urbain et 5 206 en milieu rural.

Vu les conditions de terrain du pays, le dénombrement des ménages s'est fait en même temps que le travail sur le terrain lors de la collecte des données. Le dénombrement et la collecte ont été faits par la même équipe. Les responsables de l'EDS-RDC ont organisé une formation de 25 superviseurs, un pour chacun des 25 pools du pays, sur toutes les opérations de l'enquête. Les superviseurs ont recruté et ont formé les agents de terrain pour leur pool. Au total, 584 enquêteurs et enquêtrices ont été recrutés et formés pour les besoins de l'EDS-RDC. Un manuel de dénombrement, des formulaires d'enregistrement et de tirage des ménages ont été préparés et mis à la disposition de chaque enquêteur et enquêtrice. Cette procédure mise en œuvre pour l'enquête EDS-RDC ne représente pas une procédure standardisée de Macro ; il a donc fallu une formation détaillée et approfondie pour chaque superviseur et pour chaque enquêteur/enquêtrice également, afin de garantir la qualité de la collecte.

A.4 ENQUÊTE AUPRÈS DES HOMMES ET TEST DU VIH

Parmi les ménages sélectionnés pour l'enquête auprès des femmes, un sur deux a été sélectionné pour l'enquête auprès des hommes, soit 4 500. Tous les hommes âgés de 15 à 59 ans ont été interviewés dans le cadre de l'enquête auprès des hommes. Au total, on a attendu 5 639 hommes enquêtés avec succès. Le tableau A.4 présente la répartition du nombre de ménages à tirer et le nombre attendu d'hommes enquêtés avec succès par province et par milieu de résidence.

Tableau A.4 Répartition des ménages sélectionnés et des hommes de 15-59 ans enquêtés avec succès par province et par milieu de résidence

	Nombre de ménages sélectionnés			Nombre attendu d'hommes enquêtés avec succès		
Province	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Kinshasa	540	0	540	677	0	677
Bas-Congo	120	285	405	151	357	508
Bandundu	135	270	405	169	338	507
Équateur	120	270	390	151	338	489
Orientale	135	285	420	169	357	526
Nord-Kivu	120	270	390	151	338	489
Sud-Kivu	90	270	360	113	338	451
Maniema	90	270	360	113	338	451
Katanga	210	240	450	262	301	563
Kasaï Oriental	150	255	405	188	320	508
Kasaï Occidental	135	240	375	169	301	470
Total	1 845	2 655	4 500	2 313	3 326	5 639

Note : Les calculs ci-dessus sont basés sur les faits suivants : le nombre moyen d'hommes de 15-59 est de 1,48 par ménage au niveau national ; le taux de réponse de ménage est de 94 % (source MICS2, RDC 2001). Le taux de réponse des hommes est supposé de 90 % parce qu'il n'y avait pas d'enquête précédente auprès des hommes en RDC.

En ce qui concerne le test du VIH, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête dans le sous échantillon homme ont été également éligibles pour le test du VIH. Le taux de prévalence du VIH en RDC a été estimé à 4,2 % en 2004 (ONUSIDA, 2004) chez les adultes dans la population générale. Le taux de réponse pour le test du VIH a été estimé à 75 % parmi les femmes enquêtées, et à 70 % parmi les hommes enquêtés. Pour un effet de sondage estimé à 1,35, on a attendu des résultats du test du VIH pour une précision souhaitable au niveau national, par région, par milieu de résidence et par sexe de l'enquêté.

A.5 PROBABILITÉS DE SONDAGE ET TAUX DE PONDÉRATION

Les probabilités de sondage seront calculées séparément pour chaque strate et pour chaque degré de tirage. Les notations sont les suivantes :

P_{1hi} : probabilité de tirage au premier degré de la $i^{ème}$ UP de la strate h
P_{2hij} : probabilité de tirage au deuxième degré de la $j^{ème}$ US de la $i^{ème}$ UP tirée dans le premier degré de la strate h. P_{2hi} égale à 1 pour la strate de villes statutaires.
P_{3hij} : probabilité de tirage de ménages dans la $j^{ème}$ US de la $i^{ème}$ UP de la strate h.

Soient a_h le nombre de UP tirées dans la strate h, M_{hi} le nombre de ménages de la $i^{ème}$ UP dans la strate h et $\sum M_{hi}$ le nombre total de ménages de la strate h. Au premier degré, la probabilité de tirer cette UP dans l'échantillon est donnée par :

$$P_{1hi} = \frac{a_h \times M_{hi}}{\sum M_{hi}}$$

Au deuxième degré, un nombre b_{hi} de US seront tirés dans la $i^{ème}$ UP tirée de la strate h, soit B_{hi} le nombre total de US dans la UP, la probabilité de tirer au deuxième degré la $j^{ème}$ US dans la $i^{ème}$ UP est :

$$P_{2hij} = \frac{b_{hi}}{B_{hi}}$$

$P_{2hij} = 1$ pour les UP tirées dans la strate de villes statutaires.

Au troisième degré, un nombre l_{hi} de ménages seront tirés à partir des L_{hi} ménages nouvellement dénombrés par l'équipe EDS-RDC dans la $j^{ème}$ US de la $i^{ème}$ UP de la strate h, la probabilité de tirer un ménage est :

$$P_{3hij} = \frac{l_{hij}}{L_{hij}}$$

La probabilité globale P_{hi} pour tirer un ménage dans la $i^{ème}$ UP de la strate h est donc le produit de P_{1hi} , P_{2hij} et P_{3hij} :

$$P_{hi} = P_{1hi} \times P_{2hij} \times P_{3hij}$$

À cause de la répartition non proportionnelle de l'échantillon parmi les strates, des poids de sondage doivent être utilisés dans toutes les analyses en utilisant les données de EDS-RDC pour assurer la représentativité actuelle de l'échantillon au niveau national et régional. Pour l'enquête femmes, le poids brut de sondage pour tous les ménages et tous les individus enquêtés dans la $i^{ème}$ UP de la strate h est l'inverse de la probabilité de tirage :

$$W_{hi} = \frac{1}{P_{hi}}$$

Comme le tirage des US est fait avec probabilité égale en milieu rural, plus la qualité médiocre de la base de sondage, les poids de sondage sont ajustés par une procédure CALMAR (calage sur marges) pour représenter au mieux la répartition de la population par province et par milieu de résidence. Les poids ajustés sont en outre corrigés pour la non réponse de ménages et de femmes, respectivement, pour obtenir les poids de ménages et les poids des individus. Les poids finaux sont normalisés pour que le nombre de cas pondéré soit égal au nombre de cas non pondéré, pour les ménages et pour les femmes, au niveau national. Les poids de sondage pour l'enquête homme ont étés calculés de la même manière que ceux pour l'enquête femme. Des poids pour le test du VIH sont également calculés sur la base des poids de sondage pour l'enquête homme, de la même manière que pour les poids de femmes et d'hommes individuels, mais avec la correction de la non réponse au niveau de ménages et au test du VIH, et avec la normalisation pour les femmes testées et les hommes testés ensemble au niveau national.

A.6 RÉSULTATS DES ENQUÊTES

Les tableaux A.5 et A.6 présentent les résultats détaillés des enquêtes ménage, femme et homme selon la province et le milieu de résidence. À la suite du classement des ménages selon les différents codes résultats, le taux de réponse pour l'enquête ménage est calculé de la façon suivante :

$$\frac{100 \times (a)}{(a) + (b) + (c) + (d)}$$

De la même manière, le taux de réponse des femmes et celui des hommes sont calculés de la manière suivante :

$$\frac{100 \times (1)}{(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)}$$

Le taux de réponse global des femmes est le produit du taux de réponse des enquêtes ménage et du taux de réponse des femmes. Le taux de réponse global des hommes est le produit du taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et du taux de réponse des hommes.

Les tableaux A.7-A.10 présentent les couvertures du test du VIH pour les femmes et pour les hommes selon certaines caractéristiques sociodémographiques et comportementales.

Tableau A.5 Résultats de l'enquête

Répartition (en %) des ménages et des femmes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des femmes éligibles et taux de réponse global, selon la province et le milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Milieu de résidence		Province											
Résultat des interviews	Urbain	Rural	Kinshasa	Bas-Congo	Bandundu	Équateur	Orientale	Nord-Kivu	Sud-Kivu	Maniema	Katanga	Kasaï Oriental	Kasaï Occi-dental	Ensemble
Ménages sélectionnés														
Remplis (a)	98,5	98,8	98,6	97,8	99,8	99,9	97,1	99,1	98,2	99,2	98,3	99,3	98,8	98,7
Ménage présent mais pas d'enquêté compétent à la maison (b)	0,3	0,2	0,5	0,9	0,0	0,1	0,4	0,3	0,1	0,4	0,2	0,1	0,0	0,3
Différé (c)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Refusé (d)	0,4	0,3	0,6	0,4	0,1	0,0	0,6	0,1	0,8	0,0	0,3	0,4	0,5	0,4
Ménage absent (e)	0,5	0,5	0,1	0,9	0,1	0,0	1,7	0,1	0,8	0,4	1,0	0,2	0,3	0,5
Logement vide/pas de logement à l'adresse (f)	0,2	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1
Logement détruit (g)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages sélectionnés	3 752	5 250	1 080	810	810	780	840	780	720	722	900	810	750	9 002
Taux de réponse des ménages[1]	99,2	99,4	99,0	98,8	99,9	99,9	99,0	99,5	99,0	99,6	99,3	99,5	99,5	99,3
Femmes éligibles														
Rempli (1)	96,4	97,0	95,4	96,1	98,4	95,5	96,4	98,8	97,2	98,2	97,7	97,0	93,8	96,7
Pas à la maison (2)	1,6	1,2	2,1	1,6	0,7	2,2	1,3	0,2	1,2	1,0	1,0	0,8	2,6	1,4
Différé (3)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Refusé (4)	0,9	0,8	1,6	0,5	0,2	0,8	1,3	0,4	1,0	0,0	0,6	1,1	1,5	0,9
Partiellement rempli (5)	0,2	0,2	0,2	0,3	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,9	0,2
Incapacité (6)	0,7	0,7	0,7	1,4	0,4	1,1	0,6	0,6	0,4	0,3	0,5	0,9	1,0	0,7
Autre (7)	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	4 970	5 368	1 747	760	957	950	783	826	830	870	947	893	775	10 338
Taux de réponse des femmes éligibles[2]	96,4	97,0	95,4	96,1	98,4	95,5	96,4	98,8	97,2	98,2	97,7	97,0	93,8	96,7
Taux de réponse général[3]	95,6	96,4	94,4	94,9	98,3	95,4	95,5	98,3	96,3	97,8	97,0	96,5	93,3	96,0

[1] A la suite du classement des ménages selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage (TRM) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d)}$$

[2] A la suite du classement des femmes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête femme (TRF) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)}$$

[3] Le taux de réponse global (TRG) est calculé comme suit : TRG = TRM * TRF/100

Tableau A.6 Résultats de l'enquête auprès des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et auprès des hommes

Répartition (en %) des ménages sélectionnés pour l'enquête homme et des hommes éligibles par résultat de l'enquête ménage et individuelle, taux de réponse des ménages et des hommes éligibles et taux de réponse global, selon la province et le milieu de résidence, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Milieu de résidence		Province											
Résultat des interviews	Urbain	Rural	Kinshasa	Bas-Congo	Bandundu	Équateur	Orientale	Nord-Kivu	Sud-Kivu	Maniema	Katanga	Kasaï Oriental	Kasaï Occidental	Ensemble
Ménages sélectionnés pour l'enquête homme														
Remplis (a)	98,4	98,8	97,8	97,3	99,8	100,0	97,6	98,7	98,3	99,4	98,4	98,8	99,2	98,6
Ménage présent mais pas d'enquêté compétent à la maison (b)	0,4	0,4	0,7	1,7	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,4
Différé (c)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Refusé (d)	0,6	0,4	0,9	0,5	0,2	0,0	0,7	0,3	1,4	0,0	0,4	0,7	0,3	0,5
Ménage absent (e)	0,3	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	1,2	0,0	0,3	0,3	0,7	0,2	0,5	0,3
Logement vide/pas de logement à l'adresse (f)	0,2	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Logement détruit (g)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de ménages sélectionnés pour l'enquête homme	1 878	2 625	540	405	406	390	420	390	360	361	450	406	375	4 503
Taux de réponse des ménages sélectionnés pour l'enquête homme[1]	98,9	99,1	98,3	97,8	99,8	100,0	98,8	99,0	98,6	99,7	99,1	99,0	99,7	99,0
Hommes éligibles														
Rempli (1)	93,9	96,8	91,6	94,6	97,8	95,4	95,4	98,4	94,2	98,8	95,3	98,0	93,1	95,4
Pas à la maison (2)	3,8	1,6	6,0	1,8	1,8	2,0	2,1	0,3	4,1	0,5	2,3	0,7	4,5	2,6
Différé (3)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Refusé (4)	1,5	0,7	1,7	2,1	0,4	1,3	0,9	0,3	1,1	0,0	1,7	0,5	1,1	1,1
Partiellement rempli (5)	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1
Incapacité (6)	0,5	0,5	0,6	1,3	0,0	0,4	0,7	0,5	0,0	0,5	0,2	0,2	0,8	0,5
Autre (7)	0,2	0,3	0,0	0,3	0,0	0,7	0,2	0,5	0,0	0,2	0,2	0,5	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif d'hommes	2 324	2 661	802	390	489	460	433	366	365	423	472	406	379	4 985
Taux de réponse des hommes éligibles[2]	93,9	96,8	91,6	94,6	97,8	95,4	95,4	98,4	94,2	98,8	95,3	98,0	93,1	95,4
Taux de réponse général des hommes[3]	92,9	95,9	90,1	92,5	97,5	95,4	94,2	97,3	92,9	98,5	94,5	97,1	92,9	94,5

[1] A la suite du classement des ménages sélectionnés pour l'enquête homme selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête ménage sélectionnés pour l'enquête homme (TRMH) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (a)}{(a) + (b) + (c) + (d)}$$

[2] A la suite du classement des hommes éligibles selon les différents codes résultat, le taux de réponse pour l'enquête homme (TRH) est calculé comme suit :

$$\frac{100 * (1)}{(1) + (2) + (3) + (4) + (5) + (6) + (7)}$$

[3] Le taux de réponse global des hommes (TRGH) est calculé comme suit : TRGH = TRMH * TRH/100

Tableau A.7 Couverture du test du VIH parmi les femmes enquêtées selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans enquêtées selon qu'elles ont effectué, ou non, le test du VIH, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Couverture du test				Total	Effectif
	Sang prélevé	Refus d'effectuer le test	Absente au moment du prélèvement de sang	Autre/ manquant		
État matrimonial						
Célibataire	91,0	7,0	0,9	1,2	100,0	1 205
A eu des rapports sexuels	89,4	9,0	0,7	1,0	100,0	603
N'a jamais eu de rapports sexuels	92,5	5,0	1,2	1,3	100,0	602
En union	94,1	3,8	0,5	1,5	100,0	3 313
Divorcée/séparée	94,9	2,7	0,9	1,5	100,0	335
Veuve	91,7	5,6	1,9	0,9	100,0	108
Type d'union						
Union polygame	94,3	3,5	0,9	1,2	100,0	651
Union monogame	93,9	4,0	0,5	1,6	100,0	2 351
Pas en union	91,8	6,0	1,0	1,2	100,0	1 648
Ne sait pas/Manquant	95,8	2,9	0,0	1,3	100,0	311
A déjà eu des rapports sexuels						
Oui	93,5	4,5	0,6	1,4	100,0	4 354
Non	92,5	5,0	1,2	1,3	100,0	602
Manquant	80,0	20,0	0,0	0,0	100,0	5
Actuellement enceinte						
Enceinte	95,1	3,6	0,0	1,3	100,0	552
Pas enceinte ou pas sûre	93,2	4,7	0,8	1,4	100,0	4 409
Nombre de séjours hors du ménage au cours des 12 derniers mois						
0	93,0	4,7	0,8	1,5	100,0	3 660
1-2	94,4	4,2	0,3	1,0	100,0	953
3-4	94,7	3,8	0,5	1,0	100,0	208
5 ou plus	93,9	4,5	0,0	1,5	100,0	132
Manquant	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	8
Séjours hors du ménage						
Séjours hors du ménage pendant plus d'un mois	94,7	4,3	0,6	0,3	100,0	623
Séjours hors du ménage pendant moins d'un mois	94,3	3,8	0,0	1,8	100,0	653
Pas de séjours hors du ménage	93,0	4,7	0,8	1,5	100,0	3 663
Manquant	90,9	9,1	0,0	0,0	100,0	22
Ensemble	93,4	4,6	0,7	1,4	100,0	4 961

Tableau A.8 Couverture du test du VIH parmi les hommes enquêtés selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des hommes de 15-59 ans enquêtés selon qu'ils ont effectué, ou non, le test du VIH, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques (non pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Couverture du test				Total	Effectif
	Sang prélevé	Refus d'effectuer le test	Absent au moment du prélèvement de sang	Autre/ manquant		
État matrimonial						
Célibataire	88,8	6,4	2,3	2,4	100,0	1 724
A eu des rapports sexuels	89,2	5,7	2,7	2,3	100,0	1 115
N'a jamais eu de rapports sexuels	88,0	7,7	1,6	2,6	100,0	609
En union	91,6	5,5	1,2	1,7	100,0	2 775
Divorcé/séparé	89,8	7,5	0,4	2,2	100,0	226
Veuf	87,5	9,4	3,1	0,0	100,0	32
Type d'union						
Union polygame	90,0	6,4	2,0	1,6	100,0	451
Union monogame	92,0	5,3	1,1	1,6	100,0	2 019
Pas en union	88,9	6,6	2,1	2,4	100,0	1 982
Ne sait pas/Manquant	91,1	5,9	0,7	2,3	100,0	305
A déjà eu des rapports sexuels						
Oui	90,8	5,7	1,6	1,9	100,0	4 137
Non	88,0	7,7	1,6	2,6	100,0	610
Manquant	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	10
Circoncision						
Circoncis	90,5	5,9	1,6	1,9	100,0	4 603
Pas circoncis	89,9	6,5	0,7	2,9	100,0	139
Ne sait pas/Manquant	80,0	13,3	0,0	6,7	100,0	15
Nombre de séjours hors du ménage au cours des 12 derniers mois						
0	90,2	6,5	1,7	1,7	100,0	2 721
1-2	90,4	5,4	1,5	2,8	100,0	1 082
3-4	89,6	6,6	1,5	2,2	100,0	452
5+	93,3	3,9	1,4	1,4	100,0	490
Manquant	91,7	8,3	0,0	0,0	100,0	12
Séjours hors du ménage						
Séjours hors du ménage pendant plus d'un mois	89,9	5,7	1,8	2,7	100,0	967
Séjours hors du ménage pendant moins d'un mois	91,6	5,1	1,3	2,1	100,0	1 007
Pas de séjours hors du ménage	90,2	6,5	1,7	1,7	100,0	2 721
Manquant	96,8	3,2	0,0	0,0	100,0	62
Ensemble	90,5	6,0	1,6	2,0	100,0	4 757

Tableau A.9 Couverture du test du VIH parmi les femmes enquêtées selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Répartition (en %) des femmes enquêtées qui ont déjà eu des rapports sexuels selon qu'elles ont effectué, ou non, le test du VIH, en fonction de certaines caractéristiques du comportement sexuel (non pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique du comportement sexuel	Couverture du test: Sang prélevé	Refus d'effectuer le test	Absente au moment du prélèvement de sang	Autre/ manquant	Total	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
<16	94,4	3,6	0,6	1,4	100,0	1 733
16-17	93,8	4,1	0,7	1,4	100,0	1 178
18-19	91,6	6,3	0,7	1,5	100,0	748
20+	91,5	6,2	0,9	1,4	100,0	436
Manquant	95,0	4,2	0,0	0,8	100,0	259
Rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	91,9	6,6	0,4	1,0	100,0	667
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	94,2	3,8	0,6	1,5	100,0	3 068
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	91,8	5,7	1,1	1,5	100,0	619
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	92,0	5,7	1,0	1,3	100,0	598
1	93,8	4,3	0,6	1,4	100,0	3 601
2	93,4	4,9	0,0	1,6	100,0	122
3 ou plus	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	11
Manquant	86,4	4,5	4,5	4,5	100,0	22
Nombre de partenaires sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	93,8	4,1	0,7	1,5	100,0	3 687
1	91,4	7,0	0,5	1,2	100,0	604
2	96,4	3,6	0,0	0,0	100,0	55
3 ou plus	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	8
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	90,8	7,1	0,5	1,6	100,0	774
N'a jamais utilisé de condom	94,1	3,9	0,6	1,4	100,0	3 564
Manquant	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	16
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	91,9	5,8	0,0	2,3	100,0	173
N'a pas utilisé de condom	93,9	4,2	0,6	1,4	100,0	3 546
Pas de rapports sexuels au cours des 12 deniers mois	91,8	5,7	1,1	1,5	100,0	619
Manquant	87,5	12,5	0,0	0,0	100,0	16
Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie						
1	93,3	4,3	0,7	1,8	100,0	1 883
2	92,7	6,3	0,1	1,0	100,0	1 021
3-4	94,2	3,9	0,8	1,1	100,0	850
5-9	94,4	3,0	1,2	1,5	100,0	337
10 ou plus	95,7	2,6	0,0	1,7	100,0	117
Manquant	94,5	2,7	1,4	1,4	100,0	146
Statut du test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test et connaît les résultats	91,8	6,5	0,6	1,1	100,0	476
A déjà effectué un test mais ne connaît pas les résultats	95,5	4,5	0,0	0,0	100,0	67
N'a jamais effectué de test	93,6	4,3	0,6	1,4	100,0	3 757
Manquant	96,3	0,0	0,0	3,7	100,0	54
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	90,8	7,3	0,0	1,8	100,0	109
N'a pas utilisé de condom	92,1	6,5	0,5	0,9	100,0	558
Pas de rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 deniers mois	93,8	4,1	0,7	1,5	100,0	3 687
Utilisation du condom au cours des premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	89,2	9,5	0,0	1,4	100,0	74
N'a pas utilisé de condom	92,3	5,5	0,7	1,5	100,0	1 438
Manquant	94,7	5,3	0,0	0,0	100,0	19
Ensemble	93,5	4,5	0,6	1,4	100,0	4 354

Tableau A.10 Couverture du test du VIH parmi les hommes enquêtés selon certaines caractéristiques du comportement sexuel

Répartition (en %) des hommes enquêtés qui ont déjà eu des rapports sexuels selon qu'ils ont effectué, ou non, le test du VIH, en fonction de certaines caractéristiques du comportement sexuel (non pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique du comportement sexuel	Couverture du test					
	Sang prélevé	Refus d'effectuer le test	Absent au moment du prélèvement de sang	Autre/ manquant	Total	Effectif
Âge aux premiers rapports sexuels						
<16	91,3	4,9	1,6	2,2	100,0	1 343
16-17	89,0	6,9	1,8	2,3	100,0	944
18-19	91,1	6,3	1,2	1,3	100,0	901
20+	91,6	5,4	1,7	1,3	100,0	893
Manquant	92,9	1,8	1,8	3,6	100,0	56
Rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
Rapports sexuels à hauts risques	90,7	5,2	2,1	2,0	100,0	1 473
Rapports sexuels, mais pas à hauts risques	91,0	6,0	1,1	1,9	100,0	2 245
Pas de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois	90,5	6,0	2,1	1,4	100,0	419
Nombre de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois						
0	90,5	5,7	2,2	1,5	100,0	401
1	90,8	5,8	1,4	2,0	100,0	2 941
2	90,1	5,5	2,0	2,3	100,0	596
3+	95,3	3,5	1,2	0,0	100,0	170
Manquant	89,7	10,3	0,0	0,0	100,0	29
Nombre de partenaires sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
0	90,8	6,1	1,3	1,9	100,0	2 644
1	90,2	5,6	2,3	1,9	100,0	995
2	90,4	4,7	2,2	2,7	100,0	365
3+	97,0	3,0	0,0	0,0	100,0	133
Utilisation du condom						
A déjà utilisé un condom	88,5	7,6	2,1	1,8	100,0	1 497
N'a jamais utilisé de condom	92,1	4,6	1,3	1,9	100,0	2 628
Manquant	91,7	8,3	0,0	0,0	100,0	12
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	90,2	5,9	2,3	1,6	100,0	387
N'a pas utilisé de condom	91,0	5,7	1,4	2,0	100,0	3 319
Pas de rapports sexuels au cours des 12 deniers mois	90,5	6,0	2,1	1,4	100,0	419
Manquant	83,3	8,3	0,0	8,3	100,0	12
Rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois						
Oui	93,2	3,6	1,8	1,4	100,0	443
A utilisé un condom	92,1	3,5	3,5	0,9	100,0	114
N'a pas utilisé de condom	93,6	3,6	1,2	1,5	100,0	329
Non (Pas de rapports sexuels avec une prostituée au cours des 12 derniers mois)	90,5	6,0	1,5	1,9	100,0	3 694
Nombre de partenaires sexuels sur la durée de vie						
1	92,5	3,5	2,4	1,6	100,0	546
2	89,1	6,8	1,9	2,3	100,0	486
3-4	89,2	7,3	2,0	1,4	100,0	781
5-9	90,1	6,0	1,2	2,7	100,0	920
10+	92,6	4,7	1,2	1,6	100,0	1 010
Manquant	90,9	6,6	1,0	1,5	100,0	394
Statut du test du VIH antérieur à l'enquête						
A déjà effectué un test et connaît les résultats	83,0	13,0	2,1	1,9	100,0	470
A déjà effectué un test mais ne connaît pas les résultats	93,8	3,1	3,1	0,0	100,0	64
N'a jamais effectué de test	91,8	4,8	1,5	1,9	100,0	3 527
Manquant	92,1	6,6	0,0	1,3	100,0	76
Utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 derniers mois						
A utilisé un condom	90,6	5,1	3,4	1,0	100,0	415
N'a pas utilisé de condom	90,9	5,2	1,6	2,3	100,0	1 078
Pas de rapports sexuels à hauts risques au cours des 12 deniers mois	90,8	6,1	1,3	1,9	100,0	2 644
Utilisation du condom au cours des premiers rapports sexuels						
A utilisé un condom	89,3	6,6	3,3	0,8	100,0	121
N'a pas utilisé de condom	90,6	4,6	2,0	2,7	100,0	1 057
Manquant	94,4	0,0	5,6	0,0	100,0	18
Ensemble	90,8	5,7	1,6	1,9	100,0	4 137

ERREURS DE SONDAGE



Les estimations obtenues à partir d'une enquête par sondage sont sujettes à deux types d'erreurs : les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en œuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêteur ou de l'enquêté ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreurs pendant la mise en œuvre de l'EDS-RDC, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Par contre, les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. L'échantillon sélectionné pour l'EDS-RDC n'est qu'un parmi un grand nombre d'échantillons de même taille qui peuvent être sélectionnés dans la même population avec le même plan de sondage. Chacun de ces échantillons peut produire des résultats peu différents de ceux obtenus avec l'échantillon actuellement choisi. L'erreur de sondage est une mesure de cette variabilité entre tous les échantillons possibles. Bien que cette variabilité ne puisse pas être mesurée exactement, elle peut néanmoins être estimée à partir des données collectées.

L'*erreur-type* (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne, proportion ou taux) ; elle est la racine carrée de la variance du paramètre. L'erreur-type peut être utilisée pour calculer des intervalles de confiance dans lesquels nous considérons que se trouve la vraie valeur du paramètre avec un certain niveau de confiance. Par exemple, la vraie valeur d'un paramètre se trouve dans les limites de sa valeur estimée plus ou moins deux fois de son erreur-type, avec un niveau de confiance de 95 %.

Si l'échantillon avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDS-RDC étant un échantillon stratifié et tiré à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Une procédure en macro SAS a été utilisée pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de linéarisation traite chaque proportion ou moyenne comme étant une estimation de ratio, $r = y/x$, avec y la valeur du paramètre pour l'échantillon total, et x le nombre total de cas dans l'ensemble (ou sous-ensemble) de l'échantillon. La variance de r est estimée par :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1-f}{x^2} \sum_{h=1}^{H} \left[\frac{m_h}{m_h - 1} \left(\sum_{i=1}^{m_h} z_{hi}^2 - \frac{z_h^2}{m_h} \right) \right]$$

dans laquelle

$$z_{hi} = y_{hi} - rx_{hi} \text{ , et } z_h = y_h - rx_h$$

où h représente la strate qui va de 1 à H,
m_h est le nombre total de grappes tirées dans la strate h,
y_{hi} est la somme des valeurs pondérées du paramètre y dans la grappe i de la strate h,
x_{hi} est la somme des nombres pondérés de cas dans la grappe i de la strate h et
f est le taux global de sondage qui est négligeable.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut une grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des estimations pseudo-indépendantes ont été créées. Dans l'EDS-RDC, il y a 300 grappes non-vides. Par conséquent, 300 estimations ont été créées. La variance d'un taux r est calculée de la façon suivante :

$$ET^2(r) = var(r) = \frac{1}{k(k-1)} \sum_{i=1}^{k} (r_i - r)^2$$

dans laquelle

$$r_i = kr - (k-1)r_{(i)}$$

où r est l'estimation calculée à partir de l'échantillon principal de 300 grappes,
$r_{(i)}$ est l'estimation calculée à partir de l'échantillon réduit de 299 grappes ($i^{ème}$ grappe exclue) et
k est le nombre total de grappes.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace du point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDS-RDC ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés dans cette annexe pour l'ensemble du pays, pour le milieu urbain et le milieu rural, et pour chacune des onze provinces. Pour chaque variable, le type de statistique

(moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1. Les tableaux B.2 à B.15 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % (M±2ET) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur non-pondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable *enfants nés vivants*, l'EDS-RDC a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 2,984 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,058 enfants. Dans 95 % des échantillons de taille et caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre 2,984 - (2×0,058) et 2,984 + (2×0,058), soit 2,867 et 3,101.

Pour l'échantillon national des femmes, la moyenne de la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 2,26 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, l'erreur de sondage est multipliée en moyenne par un facteur de 2,26 parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés) et moins efficace.

Tableau B.1 Variables utilisées pour le calcul des erreurs de sondage, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007		
Variable	Estimation	Population de base
	FEMMES	
Milieu urbain	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Alphabétisée	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Sans instruction	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Instruction secondaire ou plus	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Jamais mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Actuellement mariée (en union)	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Mariée (en union) avant 20 ans	Proportion	Femmes de 20-49
Actuellement enceinte	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Enfants nés vivants	Moyenne	Toutes les femmes de 15-49
Enfants survivants	Moyenne	Toutes les femmes de 15-49
Enfants nés vivants des femmes 40-49	Moyenne	Femmes de 40-49
Connaît une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union de 15-49
Utilise actuellement une méthode	Proportion	Femmes actuellement en union de 15-49
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femmes actuellement en union de 15-49
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Femmes actuellement en union de 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Femmes actuellement en union de 15-49
Taille de la famille idéale	Moyenne	Toutes les femmes de 15-49
Mères vaccinées contre le tétanos	Proportion	Dernière naissance des 5 dernières années
Assistance médicale à l'accouchement	Proportion	Naissances, 5 dernières années
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
A reçu traitement SRO	Proportion	Enfants de moins de 5 ans, avec diarrhée les 2 dernières semaines
A consulté du personnel médical	Proportion	Enfants de moins de 5 ans, avec diarrhée les 2 dernières semaines
Ayant une carte de santé	Proportion	Enfants de 12-23 mois
A reçu vaccination BCG	Proportion	Enfants de 12-23 mois
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	Proportion	Enfants de 12-23 mois
A reçu vaccination polio (3 doses)	Proportion	Enfants de 12-23 mois
A reçu vaccination rougeole	Proportion	Enfants de 12-23 mois
Vacciné contre toutes les maladies	Proportion	Enfants de 12-23 mois
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	Proportion	Enfants de moins de 5 ans
Anémie chez les enfants	Proportion	Enfants de 6-59 mois
Anémie chez les femmes	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	Proportion	Toutes les femmes de 15-49
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	Taux	Femmes-années d'exposition au risque de grossesse
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infantile (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)[1]	Taux	Nombre d'enfants exposés au décès
Mortalité maternelle (0-4 ans avant l'enquête)[2]	Taux	Nombre de naissances de 5 dernières années
	HOMMES	
Milieu urbain	Proportion	Tous les hommes de 15-49
Alphabétisé	Proportion	Tous les hommes de 15-49
Sans instruction	Proportion	Tous les hommes de 15-49
Instruction secondaire ou plus	Proportion	Tous les hommes de 15-49
Jamais marié (en union)	Proportion	Tous les hommes de 15-49
Actuellement marié (en union)	Proportion	Tous les hommes de 15-49
Connaît une méthode moderne	Proportion	Hommes actuellement en union de 15-49
Ne veut plus d'enfants	Proportion	Hommes actuellement en union de 15-49
Veut retarder d'au moins 2 ans	Proportion	Hommes actuellement en union de 15-49
Taille de famille idéale	Moyenne	Tous les hommes de 15-49

[1] Derniers cinq ans au niveau national et derniers dix ans pour les milieux de résidence.
[2] Le taux de mortalité maternelle n'est calculé que pour l'échantillon national.

Tableau B.2 Erreurs de sondage : Échantillon National, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,454	0,029	9 995	9 995	5,810	0,064	0,396	0,512
Alphabétisée	0,589	0,021	9 995	9 995	4,240	0,035	0,547	0,631
Sans instruction	0,208	0,016	9 995	9 995	3,994	0,078	0,176	0,241
Instruction sécondaire ou plus	0,406	0,020	9 995	9 995	4,142	0,050	0,366	0,447
Jamais mariée (en union)	0,243	0,009	9 995	9 995	2,176	0,038	0,225	0,262
Actuellement mariée (en union)	0,663	0,010	9 995	9 995	2,208	0,016	0,642	0,683
Mariée (en union) avant 20 ans	0,614	0,011	7 911	7 965	2,083	0,019	0,591	0,637
Actuellement enceinte	0,112	0,007	9 995	9 995	2,147	0,060	0,099	0,126
Enfants nés vivants	2,984	0,058	9 995	9 995	1,972	0,020	2,867	3,101
Enfants survivants	2,485	0,045	9 995	9 995	1,818	0,018	2,395	2,574
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,393	0,131	1 586	1 649	1,746	0,020	6,132	6,655
Connaît une méthode moderne	0,767	0,018	6 586	6 622	3,452	0,023	0,731	0,803
Utilise actuellement une méthode	0,206	0,010	6 586	6 622	2,061	0,050	0,186	0,227
Utilise actuellement une méthode moderne	0,058	0,006	6 586	6 622	2,090	0,104	0,046	0,070
Ne veut plus d'enfants	0,197	0,009	6 586	6 622	1,784	0,044	0,179	0,214
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,383	0,014	6 586	6 622	2,361	0,037	0,355	0,411
Taille de la famille idéale	6,337	0,080	9 310	9 200	2,673	0,013	6,177	6,497
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,386	0,015	5 483	5 473	2,231	0,038	0,356	0,415
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,740	0,020	8 992	8 999	3,401	0,027	0,700	0,780
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,164	0,009	7 987	8 009	2,160	0,058	0,145	0,183
A reçu traitement SRO	0,308	0,022	1 287	1 313	1,628	0,072	0,264	0,352
A consulté du personnel médical	0,326	0,029	1 287	1 313	2,080	0,089	0,268	0,384
Ayant un carnet de santé	0,243	0,020	1 632	1 585	1,856	0,083	0,203	0,284
A reçu vaccination BCG	0,717	0,022	1 632	1 585	1,957	0,031	0,672	0,762
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,450	0,026	1 632	1 585	2,073	0,058	0,398	0,503
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,457	0,024	1 632	1 585	1,896	0,053	0,409	0,505
A reçu vaccination rougeole	0,629	0,022	1 632	1 585	1,817	0,035	0,585	0,674
Vacciné contre toutes les maladies	0,306	0,023	1 632	1 585	1,995	0,076	0,259	0,352
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,455	0,014	3 597	3 631	1,617	0,032	0,427	0,484
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,100	0,010	3 597	3 631	1,915	0,102	0,080	0,121
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,251	0,014	3 597	3 631	1,815	0,057	0,222	0,279
Anémie chez les enfants	0,714	0,018	3 532	3 656	2,121	0,025	0,678	0,749
Anémie chez les femmes	0,529	0,017	4 645	4 690	2,324	0,032	0,495	0,562
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,185	0,013	4 071	4 097	2,156	0,071	0,158	0,211
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,285	0,176	na	28 099	2,031	0,028	5,934	6,636
Quotient de mortalité néonatale (5 ans)	42,005	3,730	9 049	9 049	1,502	0,089	34,545	49,465
Quotient de mortalité post-néonatale (5 ans)	49,771	4,299	9 035	9 034	1,794	0,086	41,173	58,369
Quotient de mortalité infantile (5 ans)	91,776	6,322	9 094	9 088	1,826	0,069	79,132	104,420
Quotient de mortalité juvénile (5 ans)	61,759	4,448	8 604	8 661	1,412	0,072	52,862	70,656
Quotient de mortalité infanto-juvénile (5 ans)	147,867	7,814	9 278	9 271	1,874	0,053	132,240	163,494
Mortalité maternelle (0-4 ans avant l'enquête)	549	81	na	na	1,395	0,147	387	710
HOMMES								
Milieu urbain	0,438	0,032	4 330	4 316	4,239	0,073	0,374	0,502
Alphabétisé	0,858	0,012	4 330	4 316	2,349	0,015	0,833	0,883
Sans instruction	0,054	0,007	4 330	4 316	2,077	0,132	0,040	0,068
Instruction secondaire ou plus	0,653	0,020	4 330	4 316	2,702	0,030	0,614	0,693
Jamais marié (en union)	0,421	0,017	4 330	4 316	2,224	0,040	0,387	0,454
Actuellement marié (en union)	0,528	0,015	4 330	4 316	2,033	0,029	0,497	0,559
Connaît une méthode moderne	0,909	0,012	2 387	2 279	2,027	0,013	0,885	0,933
Ne veut plus d'enfants	0,132	0,011	2 387	2 279	1,595	0,084	0,110	0,155
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,448	0,021	2 387	2 279	2,037	0,046	0,406	0,489
Taille de famille idéale	6,978	0,122	4 069	4 024	1,786	0,017	6,734	7,222

na = Non applicable

Tableau B.3 Erreurs de sondage : Échantillon Urbain, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	4 789	4 540	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,799	0,019	4 789	4 540	3,198	0,023	0,762	0,836
Sans instruction	0,074	0,014	4 789	4 540	3,735	0,191	0,046	0,103
Instruction sécondaire ou plus	0,650	0,025	4 789	4 540	3,604	0,038	0,601	0,700
Jamais mariée (en union)	0,323	0,014	4 789	4 540	2,028	0,042	0,296	0,350
Actuellement mariée (en union)	0,588	0,015	4 789	4 540	2,152	0,026	0,557	0,618
Mariée (en union) avant 20 ans	0,529	0,015	3 646	3 486	1,829	0,029	0,499	0,560
Actuellement enceinte	0,094	0,010	4 789	4 540	2,299	0,103	0,074	0,113
Enfants nés vivants	2,561	0,055	4 789	4 540	1,344	0,021	2,452	2,671
Enfants survivants	2,217	0,050	4 789	4 540	1,411	0,022	2,118	2,317
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,132	0,139	635	614	1,201	0,023	5,854	6,409
Connaît une méthode moderne	0,873	0,017	2 748	2 669	2,733	0,020	0,839	0,908
Utilise actuellement une méthode	0,270	0,014	2 748	2 669	1,702	0,053	0,241	0,298
Utilise actuellement une méthode moderne	0,095	0,009	2 748	2 669	1,621	0,095	0,077	0,113
Ne veut plus d'enfants	0,233	0,011	2 748	2 669	1,399	0,048	0,210	0,255
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,382	0,021	2 748	2 669	2,261	0,055	0,340	0,424
Taille de la famille idéale	5,820	0,097	4 561	4 298	2,553	0,017	5,626	6,014
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,447	0,021	2 261	2 189	1,982	0,046	0,405	0,488
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,911	0,017	3 575	3 490	3,057	0,019	0,877	0,946
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,157	0,015	3 282	3 186	2,177	0,094	0,127	0,186
A reçu traitement SRO	0,353	0,031	508	499	1,382	0,089	0,291	0,416
A consulté du personnel médical	0,347	0,038	508	499	1,685	0,111	0,270	0,424
Ayant un carnet de santé	0,285	0,029	674	617	1,635	0,103	0,226	0,343
A reçu vaccination BCG	0,852	0,025	674	617	1,804	0,030	0,801	0,902
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,595	0,032	674	617	1,625	0,053	0,532	0,659
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,517	0,029	674	617	1,454	0,056	0,460	0,575
A reçu vaccination rougeole	0,733	0,031	674	617	1,790	0,043	0,670	0,795
Vacciné contre toutes les maladies	0,387	0,035	674	617	1,786	0,089	0,318	0,456
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,367	0,016	1 473	1 470	1,234	0,044	0,335	0,399
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,103	0,015	1 473	1 470	1,718	0,141	0,074	0,132
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,189	0,020	1 473	1 470	1,861	0,106	0,148	0,229
Anémie chez les enfants	0,694	0,026	1 459	1 477	2,015	0,038	0,641	0,746
Anémie chez les femmes	0,519	0,019	2 206	2 093	1,825	0,037	0,480	0,557
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,159	0,011	1 994	1 877	1,286	0,066	0,138	0,180
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,356	0,243	na	12 635	2,144	0,045	4,870	5,842
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	29,926	3,710	6 593	6 381	1,610	0,124	22,507	37,346
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	44,080	4,344	6 590	6 377	1,633	0,099	35,393	52,767
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	74,006	6,230	6 611	6 399	1,780	0,084	61,546	86,466
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	51,487	4,014	6 385	6 186	1,132	0,078	43,459	59,516
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	121,683	8,268	6 674	6 458	1,811	0,068	105,147	138,220
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	2 021	1 890	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,934	0,007	2 021	1 890	1,353	0,008	0,919	0,949
Sans instruction	0,016	0,004	2 021	1 890	1,493	0,261	0,008	0,024
Instruction secondaire ou plus	0,823	0,016	2 021	1 890	1,857	0,019	0,792	0,855
Jamais marié (en union)	0,472	0,024	2 021	1 890	2,131	0,050	0,425	0,520
Actuellement marié (en union)	0,478	0,022	2 021	1 890	1,939	0,045	0,435	0,521
Connaît une méthode moderne	0,945	0,014	946	904	1,900	0,015	0,916	0,973
Ne veut plus d'enfants	0,186	0,017	946	904	1,328	0,090	0,153	0,220
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,424	0,033	946	904	2,046	0,078	0,358	0,490
Taille de famille idéale	6,215	0,164	1 947	1 827	1,930	0,026	5,887	6,543

na = Non applicable

Tableau B.4 Erreurs de sondage : Échantillon Rural, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007								
			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	5 206	5 455	na	na	0,000	0,000
Alphabétisée	0,414	0,027	5 206	5 455	3,925	0,065	0,360	0,468
Sans instruction	0,320	0,024	5 206	5 455	3,662	0,074	0,272	0,367
Instruction sécondaire ou plus	0,204	0,022	5 206	5 455	3,953	0,109	0,159	0,248
Jamais mariée (en union)	0,177	0,012	5 206	5 455	2,233	0,067	0,153	0,201
Actuellement mariée (en union)	0,725	0,014	5 206	5 455	2,310	0,020	0,696	0,753
Mariée (en union) avant 20 ans	0,680	0,015	4 265	4 479	2,080	0,022	0,650	0,710
Actuellement enceinte	0,128	0,009	5 206	5 455	2,035	0,074	0,109	0,147
Enfants nés vivants	3,336	0,083	5 206	5 455	1,976	0,025	3,170	3,502
Enfants survivants	2,707	0,066	5 206	5 455	1,925	0,024	2,576	2,839
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,549	0,182	951	1 035	1,867	0,028	6,184	6,913
Connaît une méthode moderne	0,695	0,028	3 838	3 954	3,713	0,040	0,639	0,750
Utilise actuellement une méthode	0,164	0,014	3 838	3 954	2,419	0,088	0,135	0,193
Utilise actuellement une méthode moderne	0,033	0,008	3 838	3 954	2,617	0,230	0,018	0,048
Ne veut plus d'enfants	0,173	0,013	3 838	3 954	2,049	0,072	0,148	0,198
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,384	0,019	3 838	3 954	2,424	0,050	0,346	0,422
Taille de la famille idéale	6,790	0,139	4 749	4 903	3,102	0,020	6,513	7,068
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,345	0,018	3 222	3 284	2,151	0,053	0,308	0,381
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,631	0,028	5 417	5 509	3,287	0,044	0,576	0,686
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,169	0,012	4 705	4 823	2,114	0,072	0,145	0,193
A reçu traitement SRO	0,281	0,030	779	814	1,761	0,106	0,221	0,340
A consulté du personnel médical	0,314	0,040	779	814	2,266	0,127	0,234	0,393
Ayant un carnet de santé	0,217	0,027	958	968	1,990	0,125	0,162	0,271
A reçu vaccination BCG	0,631	0,031	958	968	1,945	0,049	0,569	0,693
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,358	0,036	958	968	2,288	0,101	0,285	0,430
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,418	0,034	958	968	2,078	0,082	0,350	0,486
A reçu vaccination rougeole	0,563	0,030	958	968	1,801	0,053	0,504	0,622
Vacciné contre toutes les maladies	0,254	0,029	958	968	2,041	0,116	0,195	0,313
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,515	0,021	2 124	2 161	1,756	0,040	0,474	0,556
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,099	0,014	2 124	2 161	2,044	0,142	0,071	0,127
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,293	0,018	2 124	2 161	1,683	0,063	0,256	0,330
Anémie chez les enfants	0,727	0,024	2 073	2 178	2,220	0,033	0,679	0,775
Anémie chez les femmes	0,537	0,026	2 439	2 597	2,615	0,049	0,484	0,589
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,206	0,022	2 077	2 220	2,452	0,105	0,163	0,249
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	7,021	0,216	na	15 464	1,957	0,031	6,589	7,453
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	46,087	4,749	9 881	10 051	1,744	0,103	36,589	55,585
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	61,700	7,535	9 932	10 084	2,595	0,122	46,630	76,770
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	107,787	11,105	9 903	10 072	2,708	0,103	85,577	129,997
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	77,555	6,070	9 517	9 734	1,845	0,078	65,415	89,694
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	176,982	12,070	10 024	10 204	2,467	0,068	152,843	201,122
HOMMES								
Milieu urbain	0,000	0,000	2 309	2 426	na	na	0,000	0,000
Alphabétisé	0,798	0,020	2 309	2 426	2,375	0,025	0,759	0,838
Sans instruction	0,084	0,012	2 309	2 426	2,097	0,144	0,060	0,108
Instruction secondaire ou plus	0,521	0,029	2 309	2 426	2,792	0,056	0,463	0,579
Jamais marié (en union)	0,381	0,023	2 309	2 426	2,303	0,061	0,334	0,427
Actuellement marié (en union)	0,567	0,022	2 309	2 426	2,156	0,039	0,522	0,611
Connaît une méthode moderne	0,885	0,018	1 441	1 375	2,105	0,020	0,850	0,921
Ne veut plus d'enfants	0,097	0,014	1 441	1 375	1,843	0,148	0,068	0,126
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,463	0,027	1 441	1 375	2,039	0,058	0,410	0,517
Taille de famille idéale	7,612	0,199	2 122	2 197	1,945	0,026	7,214	8,010

na = Non applicable

Tableau B.5 Erreurs de sondage : Échantillon Kinshasa, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	1 666	1 575	na	0,000	1,000	1,000
Alphabétisée	0,915	0,014	1 666	1 575	2,058	0,015	0,887	0,943
Sans instruction	0,010	0,003	1 666	1 575	1,216	0,304	0,004	0,015
Instruction sécondaire ou plus	0,851	0,020	1 666	1 575	2,289	0,024	0,811	0,891
Jamais mariée (en union)	0,438	0,019	1 666	1 575	1,587	0,044	0,400	0,477
Actuellement mariée (en union)	0,468	0,020	1 666	1 575	1,636	0,043	0,428	0,508
Mariée (en union) avant 20 ans	0,379	0,024	1 283	1 209	1,766	0,063	0,331	0,427
Actuellement enceinte	0,064	0,006	1 666	1 575	1,065	0,099	0,052	0,077
Enfants nés vivants	2,017	0,087	1 666	1 575	1,415	0,043	1,844	2,190
Enfants survivants	1,782	0,071	1 666	1 575	1,335	0,040	1,639	1,924
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,541	0,251	219	208	1,376	0,045	5,040	6,043
Connaît une méthode moderne	0,990	0,005	771	737	1,242	0,005	0,981	0,999
Utilise actuellement une méthode	0,419	0,019	771	737	1,080	0,046	0,380	0,457
Utilise actuellement une méthode moderne	0,141	0,018	771	737	1,424	0,127	0,106	0,177
Ne veut plus d'enfants	0,306	0,019	771	737	1,135	0,062	0,269	0,344
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,326	0,017	771	737	1,027	0,053	0,291	0,361
Taille de la famille idéale	4,803	0,045	1 622	1 534	1,057	0,009	4,713	4,894
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,395	0,029	637	605	1,496	0,074	0,337	0,453
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,969	0,014	914	869	1,994	0,015	0,941	0,997
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,134	0,015	852	811	1,233	0,114	0,104	0,164
A reçu traitement SRO	0,364	0,053	113	109	1,115	0,145	0,259	0,470
A consulté du personnel médical	0,331	0,051	113	109	1,068	0,152	0,230	0,432
Ayant un carnet de santé	0,394	0,042	171	163	1,115	0,107	0,309	0,478
A reçu vaccination BCG	0,943	0,018	171	163	1,033	0,019	0,907	0,980
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,811	0,032	171	163	1,078	0,040	0,747	0,876
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,639	0,038	171	163	1,009	0,059	0,563	0,714
A reçu vaccination rougeole	0,913	0,024	171	163	1,099	0,026	0,865	0,960
Vacciné contre toutes les maladies	0,578	0,041	171	163	1,060	0,070	0,497	0,660
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,234	0,022	399	394	1,016	0,095	0,189	0,279
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,093	0,015	399	394	1,018	0,162	0,063	0,124
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,148	0,023	399	394	1,247	0,154	0,102	0,194
Anémie chez les enfants	0,692	0,028	352	348	1,126	0,040	0,636	0,747
Anémie chez les femmes	0,629	0,024	701	664	1,324	0,038	0,581	0,678
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,191	0,017	688	652	1,164	0,091	0,156	0,226
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	3,731	0,228	na	4 413	1,536	0,061	3,274	4,187
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	30,936	5,767	1 712	1 632	1,263	0,186	19,403	42,470
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	41,681	5,820	1 716	1 636	1,066	0,140	30,042	53,321
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	72,618	7,358	1 715	1 636	1,035	0,101	57,903	87,333
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	31,276	4,265	1 691	1 616	0,908	0,136	22,746	39,806
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	101,623	8,336	1 728	1 649	0,994	0,082	84,950	118,296
HOMMES								
Milieu urbain	1,000	0,000	674	637	0,000	0,000	1,000	1,000
Alphabétisé	0,962	0,012	674	637	1,579	0,012	0,938	0,985
Sans instruction	0,000	0,000	674	637	na	na	0,000	0,000
Instruction secondaire ou plus	0,906	0,021	674	637	1,827	0,023	0,865	0,947
Jamais marié (en union)	0,573	0,022	674	637	1,169	0,039	0,528	0,618
Actuellement marié (en union)	0,378	0,020	674	637	1,069	0,053	0,338	0,418
Connaît une méthode moderne	0,993	0,005	252	241	0,972	0,005	0,983	1,003
Ne veut plus d'enfants	0,242	0,029	252	241	1,079	0,121	0,184	0,300
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,395	0,043	252	241	1,390	0,109	0,309	0,481
Taille de famille idéale	5,054	0,098	657	619	1,004	0,019	4,857	5,250

na = Non applicable

Tableau B.6 Erreurs de sondage : Échantillon Bas-Congo, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007								
			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,360	0,082	730	397	4,554	0,228	0,196	0,524
Alphabétisée	0,615	0,058	730	397	3,178	0,094	0,500	0,731
Sans instruction	0,146	0,034	730	397	2,588	0,232	0,078	0,215
Instruction sécondaire ou plus	0,415	0,051	730	397	2,764	0,122	0,314	0,516
Jamais mariée (en union)	0,252	0,024	730	397	1,462	0,093	0,205	0,299
Actuellement mariée (en union)	0,651	0,027	730	397	1,522	0,041	0,598	0,705
Mariée (en union) avant 20 ans	0,533	0,029	582	320	1,410	0,055	0,475	0,592
Actuellement enceinte	0,096	0,015	730	397	1,408	0,160	0,065	0,126
Enfants nés vivants	2,921	0,171	730	397	1,752	0,059	2,578	3,264
Enfants survivants	2,372	0,115	730	397	1,444	0,048	2,142	2,602
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,520	0,185	124	65	0,921	0,028	6,150	6,890
Connaît une méthode moderne	0,866	0,039	475	259	2,451	0,045	0,789	0,943
Utilise actuellement une méthode	0,395	0,043	475	259	1,914	0,109	0,309	0,481
Utilise actuellement une méthode moderne	0,103	0,025	475	259	1,802	0,245	0,052	0,153
Ne veut plus d'enfants	0,242	0,025	475	259	1,287	0,105	0,191	0,292
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,426	0,022	475	259	0,973	0,052	0,382	0,471
Taille de la famille idéale	5,205	0,172	699	382	2,326	0,033	4,862	5,549
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,510	0,047	431	232	1,919	0,092	0,416	0,603
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,928	0,017	659	361	1,489	0,019	0,893	0,962
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,109	0,014	590	321	1,075	0,124	0,082	0,136
A reçu traitement SRO	0,440	0,076	60	35	1,194	0,174	0,288	0,593
A consulté du personnel médical	0,369	0,069	60	35	1,102	0,187	0,231	0,507
Ayant un carnet de santé	0,356	0,071	110	58	1,523	0,200	0,214	0,499
A reçu vaccination BCG	0,921	0,039	110	58	1,483	0,042	0,843	0,999
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,834	0,036	110	58	0,999	0,043	0,761	0,906
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,736	0,057	110	58	1,334	0,078	0,621	0,850
A reçu vaccination rougeole	0,880	0,043	110	58	1,375	0,049	0,793	0,967
Vacciné contre toutes les maladies	0,597	0,062	110	58	1,287	0,103	0,474	0,720
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,457	0,036	251	142	1,118	0,078	0,386	0,528
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,093	0,028	251	142	1,595	0,304	0,037	0,150
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,256	0,035	251	142	1,170	0,137	0,186	0,326
Anémie chez les enfants	0,709	0,037	213	123	1,167	0,053	0,634	0,784
Anémie chez les femmes	0,556	0,029	320	178	1,064	0,053	0,497	0,614
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,169	0,032	297	168	1,523	0,193	0,104	0,234
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,904	0,382	na	1 120	1,401	0,065	5,139	6,668
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	46,136	10,229	1 196	653	1,442	0,222	25,678	66,594
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	80,832	12,351	1 195	654	1,459	0,153	56,130	105,533
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	126,968	18,406	1 197	654	1,678	0,145	90,156	163,779
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	66,442	13,119	1 143	628	1,362	0,197	40,204	92,679
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	184,973	21,229	1 207	661	1,508	0,115	142,515	227,431
HOMMES								
Milieu urbain	0,346	0,078	333	177	2,946	0,225	0,190	0,501
Alphabétisé	0,823	0,041	333	177	1,970	0,050	0,740	0,906
Sans instruction	0,055	0,018	333	177	1,432	0,326	0,019	0,091
Instruction secondaire ou plus	0,645	0,052	333	177	1,956	0,080	0,541	0,748
Jamais marié (en union)	0,398	0,041	333	177	1,531	0,104	0,316	0,480
Actuellement marié (en union)	0,542	0,040	333	177	1,446	0,073	0,463	0,621
Connaît une méthode moderne	0,945	0,019	172	96	1,087	0,020	0,907	0,983
Ne veut plus d'enfants	0,221	0,045	172	96	1,402	0,202	0,132	0,310
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,588	0,027	172	96	0,724	0,046	0,534	0,642
Taille de famille idéale	5,509	0,229	324	172	1,859	0,042	5,051	5,967

na = Non applicable

Tableau B.7 Erreurs de sondage : Échantillon Bandundu, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007								
			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,201	0,114	942	1 518	8,410	0,568	0,000	0,429
Alphabétisée	0,514	0,091	942	1 518	5,484	0,177	0,332	0,695
Sans instruction	0,220	0,067	942	1 518	4,886	0,304	0,086	0,353
Instruction sécondaire ou plus	0,376	0,080	942	1 518	5,014	0,213	0,216	0,537
Jamais mariée (en union)	0,263	0,027	942	1 518	1,901	0,104	0,208	0,317
Actuellement mariée (en union)	0,640	0,030	942	1 518	1,920	0,047	0,580	0,700
Mariée (en union) avant 20 ans	0,535	0,038	758	1 230	2,112	0,072	0,458	0,612
Actuellement enceinte	0,088	0,019	942	1 518	2,103	0,221	0,049	0,127
Enfants nés vivants	2,989	0,207	942	1 518	2,122	0,069	2,576	3,403
Enfants survivants	2,458	0,089	942	1 518	1,159	0,036	2,279	2,637
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,457	0,538	168	261	2,670	0,083	5,381	7,533
Connaît une méthode moderne	0,865	0,026	584	971	1,854	0,030	0,813	0,918
Utilise actuellement une méthode	0,262	0,029	584	971	1,608	0,112	0,203	0,321
Utilise actuellement une méthode moderne	0,054	0,026	584	971	2,738	0,476	0,003	0,106
Ne veut plus d'enfants	0,151	0,020	584	971	1,358	0,133	0,111	0,192
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,460	0,066	584	971	3,166	0,143	0,328	0,592
Taille de la famille idéale	6,103	0,279	897	1 416	3,282	0,046	5,544	6,662
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,459	0,060	519	877	2,789	0,131	0,338	0,580
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,703	0,076	819	1 415	3,917	0,108	0,551	0,855
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,114	0,020	734	1 282	1,766	0,180	0,073	0,155
A reçu traitement SRO	0,440	0,067	101	146	1,219	0,151	0,307	0,574
A consulté du personnel médical	0,357	0,064	101	146	1,263	0,180	0,228	0,485
Ayant un carnet de santé	0,322	0,066	161	261	1,766	0,205	0,190	0,454
A reçu vaccination BCG	0,812	0,079	161	261	2,526	0,097	0,654	0,969
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,627	0,080	161	261	2,074	0,128	0,467	0,788
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,577	0,081	161	261	2,030	0,141	0,415	0,739
A reçu vaccination rougeole	0,787	0,080	161	261	2,441	0,102	0,627	0,946
Vacciné contre toutes les maladies	0,440	0,102	161	261	2,581	0,232	0,236	0,644
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,468	0,032	350	601	1,129	0,069	0,404	0,533
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,067	0,021	350	601	1,506	0,311	0,026	0,109
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,278	0,050	350	601	2,040	0,178	0,179	0,377
Anémie chez les enfants	0,762	0,043	347	579	1,680	0,056	0,676	0,848
Anémie chez les femmes	0,641	0,031	473	781	1,435	0,049	0,578	0,703
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,307	0,045	419	688	1,998	0,146	0,218	0,397
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,719	0,370	na	4 260	1,944	0,055	5,978	7,460
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	45,558	17,957	1 471	2 428	2,347	0,394	9,645	81,471
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	57,518	24,319	1 472	2 432	2,982	0,423	8,879	106,157
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	103,076	41,752	1 473	2 435	3,485	0,405	19,572	186,579
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	56,812	9,206	1 397	2 307	1,549	0,162	38,401	75,224
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	154,032	40,505	1 487	2 462	2,899	0,263	73,021	235,043
HOMMES								
Milieu urbain	0,221	0,126	435	663	6,053	0,570	0,000	0,472
Alphabétisé	0,817	0,058	435	663	3,090	0,071	0,702	0,933
Sans instruction	0,081	0,024	435	663	1,854	0,301	0,032	0,130
Instruction secondaire ou plus	0,655	0,071	435	663	3,092	0,109	0,513	0,798
Jamais marié (en union)	0,520	0,039	435	663	1,640	0,076	0,441	0,599
Actuellement marié (en union)	0,446	0,034	435	663	1,422	0,076	0,378	0,514
Connaît une méthode moderne	0,964	0,019	205	296	1,422	0,019	0,926	1,001
Ne veut plus d'enfants	0,137	0,033	205	296	1,383	0,244	0,070	0,203
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,574	0,092	205	296	2,612	0,160	0,391	0,757
Taille de famille idéale	6,226	0,225	415	631	1,707	0,036	5,775	6,677

na = Non applicable

Tableau B.8 Erreurs de sondage : Échantillon Équateur, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base Non pondérée (N)	Population de base Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance M-2ET	Intervalle de confiance M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,288	0,085	907	1 235	5,547	0,295	0,118	0,457
Alphabétisée	0,494	0,055	907	1 235	3,277	0,111	0,385	0,604
Sans instruction	0,325	0,059	907	1 235	3,794	0,183	0,206	0,444
Instruction sécondaire ou plus	0,259	0,051	907	1 235	3,458	0,195	0,158	0,361
Jamais mariée (en union)	0,189	0,028	907	1 235	2,110	0,145	0,134	0,244
Actuellement mariée (en union)	0,701	0,033	907	1 235	2,196	0,048	0,634	0,768
Mariée (en union) avant 20 ans	0,700	0,020	742	992	1,195	0,029	0,659	0,740
Actuellement enceinte	0,118	0,017	907	1 235	1,600	0,145	0,084	0,153
Enfants nés vivants	3,171	0,135	907	1 235	1,401	0,042	2,901	3,440
Enfants survivants	2,630	0,155	907	1 235	1,920	0,059	2,320	2,941
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,289	0,263	143	231	1,091	0,042	5,763	6,815
Connaît une méthode moderne	0,699	0,047	672	866	2,627	0,067	0,606	0,792
Utilise actuellement une méthode	0,160	0,026	672	866	1,799	0,159	0,109	0,211
Utilise actuellement une méthode moderne	0,030	0,010	672	866	1,473	0,325	0,010	0,049
Ne veut plus d'enfants	0,224	0,028	672	866	1,726	0,124	0,169	0,280
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,310	0,027	672	866	1,534	0,088	0,255	0,365
Taille de la famille idéale	6,092	0,186	841	1 136	2,090	0,031	5,719	6,464
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,385	0,043	542	706	2,015	0,112	0,299	0,471
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,514	0,056	900	1 146	2,623	0,109	0,402	0,626
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,141	0,027	789	1 000	2,016	0,189	0,088	0,194
A reçu traitement SRO	0,225	0,050	114	141	1,173	0,223	0,125	0,326
A consulté du personnel médical	0,305	0,033	114	141	0,675	0,110	0,238	0,372
Ayant un carnet de santé	0,151	0,052	167	204	1,758	0,349	0,046	0,255
A reçu vaccination BCG	0,549	0,065	167	204	1,593	0,118	0,419	0,680
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,222	0,055	167	204	1,602	0,248	0,112	0,333
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,336	0,063	167	204	1,614	0,187	0,211	0,462
A reçu vaccination rougeole	0,419	0,046	167	204	1,128	0,109	0,328	0,511
Vacciné contre toutes les maladies	0,146	0,047	167	204	1,594	0,322	0,052	0,240
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,509	0,062	336	420	1,939	0,121	0,386	0,632
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,101	0,024	336	420	1,242	0,242	0,052	0,150
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,292	0,047	336	420	1,557	0,160	0,199	0,386
Anémie chez les enfants	0,762	0,040	350	474	1,461	0,052	0,683	0,842
Anémie chez les femmes	0,568	0,053	422	588	2,227	0,094	0,461	0,674
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,197	0,031	363	503	1,479	0,156	0,135	0,258
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,209	0,367	na	3 519	1,779	0,059	5,475	6,943
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	45,831	6,384	1 704	2 186	1,126	0,139	33,063	58,598
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	56,087	18,882	1 702	2 180	2,523	0,337	18,322	93,852
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	101,918	22,573	1 706	2 192	2,303	0,221	56,771	147,064
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	73,557	13,496	1 676	2 166	1,455	0,183	46,564	100,549
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	167,978	31,691	1 734	2 218	2,634	0,189	104,596	231,359
HOMMES								
Milieu urbain	0,230	0,075	402	571	3,536	0,328	0,079	0,381
Alphabétisé	0,849	0,027	402	571	1,523	0,032	0,794	0,904
Sans instruction	0,067	0,029	402	571	2,351	0,442	0,008	0,126
Instruction secondaire ou plus	0,566	0,066	402	571	2,629	0,116	0,435	0,697
Jamais marié (en union)	0,354	0,067	402	571	2,778	0,189	0,220	0,487
Actuellement marié (en union)	0,566	0,068	402	571	2,706	0,119	0,431	0,701
Connaît une méthode moderne	0,892	0,030	252	323	1,552	0,034	0,831	0,953
Ne veut plus d'enfants	0,116	0,025	252	323	1,222	0,213	0,067	0,166
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,405	0,041	252	323	1,323	0,101	0,323	0,487
Taille de famille idéale	7,045	0,269	377	536	1,355	0,038	6,507	7,582

na = Non applicable

Tableau B.9 Erreurs de sondage : Échantillon Orientale, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base Non pondérée (N)	Population de base Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance M-2ET	Intervalle de confiance M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,205	0,065	755	1 083	4,355	0,316	0,076	0,335
Alphabétisée	0,387	0,042	755	1 083	2,379	0,109	0,302	0,471
Sans instruction	0,320	0,048	755	1 083	2,839	0,151	0,223	0,417
Instruction sécondaire ou plus	0,170	0,036	755	1 083	2,648	0,214	0,098	0,243
Jamais mariée (en union)	0,118	0,016	755	1 083	1,351	0,135	0,086	0,150
Actuellement mariée (en union)	0,772	0,024	755	1 083	1,596	0,032	0,723	0,821
Mariée (en union) avant 20 ans	0,719	0,035	619	908	1,949	0,049	0,649	0,790
Actuellement enceinte	0,155	0,022	755	1 083	1,634	0,139	0,112	0,198
Enfants nés vivants	3,145	0,230	755	1 083	2,237	0,073	2,684	3,605
Enfants survivants	2,545	0,216	755	1 083	2,516	0,085	2,112	2,978
Enfants nés vivants des femmes 40-49	5,679	0,314	142	204	1,220	0,055	5,051	6,306
Connaît une méthode moderne	0,628	0,082	534	837	3,883	0,131	0,463	0,792
Utilise actuellement une méthode	0,118	0,032	534	837	2,295	0,272	0,054	0,183
Utilise actuellement une méthode moderne	0,040	0,013	534	837	1,539	0,328	0,014	0,066
Ne veut plus d'enfants	0,163	0,035	534	837	2,169	0,214	0,093	0,232
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,325	0,055	534	837	2,686	0,169	0,216	0,435
Taille de la famille idéale	6,276	0,271	664	874	2,515	0,043	5,734	6,819
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,294	0,026	398	620	1,145	0,088	0,242	0,345
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,684	0,061	644	1 019	2,794	0,089	0,562	0,806
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,156	0,030	567	910	1,836	0,193	0,096	0,216
A reçu traitement SRO	0,124	0,048	76	142	1,381	0,384	0,029	0,220
A consulté du personnel médical	0,247	0,126	76	142	2,508	0,510	0,000	0,498
Ayant un carnet de santé	0,178	0,065	116	186	1,863	0,364	0,049	0,308
A reçu vaccination BCG	0,575	0,055	116	186	1,230	0,095	0,465	0,684
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,257	0,074	116	186	1,858	0,286	0,110	0,405
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,309	0,070	116	186	1,667	0,226	0,170	0,449
A reçu vaccination rougeole	0,498	0,067	116	186	1,484	0,134	0,365	0,632
Vacciné contre toutes les maladies	0,181	0,053	116	186	1,510	0,292	0,075	0,287
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,462	0,044	287	433	1,492	0,095	0,374	0,550
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,077	0,021	287	433	1,394	0,271	0,035	0,119
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,214	0,028	287	433	1,216	0,129	0,159	0,270
Anémie chez les enfants	0,727	0,081	284	440	2,804	0,112	0,565	0,890
Anémie chez les femmes	0,492	0,082	368	510	3,056	0,166	0,329	0,655
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,173	0,049	327	444	2,255	0,281	0,076	0,270
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,667	0,943	na	3 064	2,137	0,141	4,781	8,554
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	37,080	10,597	1 201	1 924	1,782	0,286	15,886	58,274
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	51,447	18,629	1 214	1 945	2,304	0,362	14,188	88,705
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	88,527	25,445	1 206	1 930	2,524	0,287	37,637	139,417
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	99,739	17,122	1 167	1 867	1,482	0,172	65,494	133,983
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	179,436	31,529	1 223	1 968	2,402	0,176	116,379	242,494
HOMMES								
Milieu urbain	0,191	0,053	375	496	2,600	0,279	0,084	0,297
Alphabétisé	0,819	0,032	375	496	1,618	0,039	0,754	0,883
Sans instruction	0,077	0,021	375	496	1,532	0,274	0,035	0,120
Instruction secondaire ou plus	0,396	0,049	375	496	1,922	0,123	0,298	0,494
Jamais marié (en union)	0,327	0,034	375	496	1,407	0,104	0,259	0,396
Actuellement marié (en union)	0,594	0,030	375	496	1,196	0,051	0,533	0,655
Connaît une méthode moderne	0,838	0,043	214	295	1,682	0,051	0,752	0,923
Ne veut plus d'enfants	0,120	0,036	214	295	1,591	0,297	0,049	0,191
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,297	0,046	214	295	1,473	0,156	0,205	0,390
Taille de famille idéale	7,400	0,498	324	385	2,316	0,067	6,404	8,396

na = Non applicable

Tableau B.10 Erreurs de sondage : Échantillon Nord-Kivu, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007								
			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N′)	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,298	0,089	816	356	5,478	0,300	0,119	0,477
Alphabétisée	0,521	0,038	816	356	2,175	0,073	0,445	0,597
Sans instruction	0,371	0,044	816	356	2,581	0,118	0,284	0,459
Instruction sécondaire ou plus	0,198	0,030	816	356	2,132	0,151	0,138	0,257
Jamais mariée (en union)	0,264	0,030	816	356	1,910	0,112	0,205	0,323
Actuellement mariée (en union)	0,652	0,036	816	356	2,161	0,055	0,579	0,724
Mariée (en union) avant 20 ans	0,595	0,026	606	269	1,281	0,043	0,544	0,646
Actuellement enceinte	0,081	0,017	816	356	1,822	0,215	0,046	0,116
Enfants nés vivants	3,180	0,101	816	356	0,956	0,032	2,977	3,383
Enfants survivants	2,711	0,081	816	356	0,904	0,030	2,549	2,873
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,902	0,413	121	57	1,544	0,060	6,076	7,728
Connaît une méthode moderne	0,899	0,046	521	232	3,435	0,051	0,807	0,990
Utilise actuellement une méthode	0,232	0,048	521	232	2,600	0,209	0,135	0,329
Utilise actuellement une méthode moderne	0,132	0,035	521	232	2,328	0,263	0,062	0,201
Ne veut plus d'enfants	0,328	0,035	521	232	1,721	0,108	0,257	0,399
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,401	0,044	521	232	2,059	0,111	0,312	0,490
Taille de la famille idéale	6,548	0,238	777	330	2,296	0,036	6,072	7,025
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,210	0,019	441	201	0,989	0,091	0,172	0,249
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,867	0,045	750	351	3,001	0,052	0,776	0,958
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,178	0,022	691	323	1,578	0,123	0,134	0,222
A reçu traitement SRO	0,462	0,101	113	57	2,192	0,219	0,259	0,664
A consulté du personnel médical	0,453	0,087	113	57	1,886	0,192	0,279	0,627
Ayant un carnet de santé	0,386	0,063	131	56	1,420	0,163	0,261	0,511
A reçu vaccination BCG	0,945	0,024	131	56	1,142	0,025	0,898	0,992
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,833	0,058	131	56	1,731	0,070	0,716	0,950
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,717	0,069	131	56	1,698	0,097	0,578	0,856
A reçu vaccination rougeole	0,858	0,056	131	56	1,771	0,065	0,746	0,970
Vacciné contre toutes les maladies	0,665	0,075	131	56	1,763	0,113	0,514	0,816
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,536	0,052	333	166	1,825	0,096	0,433	0,640
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,066	0,019	333	166	1,330	0,289	0,028	0,104
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,200	0,037	333	166	1,697	0,187	0,125	0,274
Anémie chez les enfants	0,484	0,059	334	165	2,195	0,122	0,366	0,602
Anémie chez les femmes	0,343	0,040	377	169	1,666	0,117	0,263	0,424
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,081	0,021	324	147	1,418	0,260	0,039	0,123
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,971	0,473	na	996	1,277	0,068	6,024	7,917
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	17,046	4,502	1 382	650	1,179	0,264	8,042	26,051
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	40,158	9,056	1 388	654	1,500	0,226	22,046	58,271
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	57,205	9,781	1 387	653	1,382	0,171	37,643	76,766
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	47,468	11,295	1 329	630	1,625	0,238	24,878	70,059
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	101,957	18,537	1 399	658	2,024	0,182	64,884	139,030
HOMMES								
Milieu urbain	0,314	0,094	322	126	3,554	0,299	0,126	0,502
Alphabétisé	0,782	0,034	322	126	1,453	0,043	0,715	0,849
Sans instruction	0,136	0,028	322	126	1,474	0,208	0,079	0,192
Instruction secondaire ou plus	0,433	0,044	322	126	1,583	0,101	0,346	0,521
Jamais marié (en union)	0,376	0,032	322	126	1,178	0,085	0,312	0,440
Actuellement marié (en union)	0,591	0,031	322	126	1,118	0,052	0,529	0,652
Connaît une méthode moderne	0,955	0,038	188	74	2,453	0,040	0,879	1,030
Ne veut plus d'enfants	0,261	0,080	188	74	2,447	0,305	0,102	0,420
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,432	0,049	188	74	1,339	0,112	0,335	0,530
Taille de famille idéale	6,903	0,394	310	118	1,477	0,057	6,116	7,690

na = Non applicable

Tableau B.11 Erreurs de sondage : Échantillon Sud-Kivu, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007								
			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,309	0,097	807	426	5,851	0,315	0,114	0,503
Alphabétisée	0,622	0,053	807	426	3,060	0,085	0,516	0,727
Sans instruction	0,300	0,053	807	426	3,286	0,178	0,193	0,406
Instruction sécondaire ou plus	0,306	0,040	807	426	2,443	0,130	0,226	0,385
Jamais mariée (en union)	0,270	0,024	807	426	1,528	0,089	0,222	0,318
Actuellement mariée (en union)	0,637	0,021	807	426	1,217	0,032	0,596	0,678
Mariée (en union) avant 20 ans	0,628	0,039	613	322	1,992	0,062	0,550	0,706
Actuellement enceinte	0,121	0,014	807	426	1,239	0,118	0,092	0,149
Enfants nés vivants	3,313	0,208	807	426	1,739	0,063	2,897	3,729
Enfants survivants	2,644	0,141	807	426	1,472	0,053	2,361	2,927
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,352	0,501	121	68	1,617	0,068	6,350	8,354
Connaît une méthode moderne	0,862	0,044	514	271	2,856	0,051	0,774	0,949
Utilise actuellement une méthode	0,138	0,023	514	271	1,496	0,165	0,092	0,183
Utilise actuellement une méthode moderne	0,095	0,023	514	271	1,782	0,243	0,049	0,142
Ne veut plus d'enfants	0,227	0,026	514	271	1,414	0,115	0,174	0,279
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,391	0,036	514	271	1,686	0,093	0,318	0,464
Taille de la famille idéale	7,156	0,318	737	395	2,497	0,044	6,520	7,793
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,419	0,039	449	233	1,643	0,093	0,341	0,497
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,846	0,044	806	433	2,683	0,053	0,757	0,935
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,166	0,013	710	380	0,896	0,077	0,141	0,192
A reçu traitement SRO	0,318	0,060	123	63	1,355	0,189	0,198	0,438
A consulté du personnel médical	0,322	0,086	123	63	1,938	0,267	0,150	0,494
Ayant un carnet de santé	0,174	0,052	136	79	1,658	0,298	0,070	0,277
A reçu vaccination BCG	0,880	0,066	136	79	2,332	0,075	0,747	1,012
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,545	0,044	136	79	1,072	0,081	0,456	0,633
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,540	0,100	136	79	2,396	0,185	0,340	0,739
A reçu vaccination rougeole	0,840	0,075	136	79	2,376	0,089	0,690	0,990
Vacciné contre toutes les maladies	0,373	0,048	136	79	1,203	0,129	0,277	0,470
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,555	0,061	317	183	2,184	0,109	0,434	0,677
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,078	0,014	317	183	0,876	0,182	0,050	0,107
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,308	0,073	317	183	2,537	0,239	0,161	0,455
Anémie chez les enfants	0,598	0,049	305	181	1,645	0,081	0,501	0,695
Anémie chez les femmes	0,390	0,044	377	200	1,742	0,112	0,302	0,477
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,092	0,031	319	172	1,926	0,336	0,030	0,154
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	7,428	0,739	na	1 197	1,321	0,100	5,950	8,907
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	45,565	12,939	1 446	773	1,684	0,284	19,686	71,444
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	80,495	26,016	1 460	776	2,833	0,323	28,464	132,527
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	126,060	19,711	1 451	775	1,772	0,156	86,637	165,483
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	68,119	18,183	1 386	745	1,780	0,267	31,753	104,485
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	185,592	32,051	1 468	783	2,208	0,173	121,490	249,695
HOMMES								
Milieu urbain	0,315	0,105	315	165	3,898	0,332	0,106	0,525
Alphabétisé	0,819	0,032	315	165	1,486	0,039	0,755	0,884
Sans instruction	0,082	0,031	315	165	1,971	0,373	0,021	0,144
Instruction secondaire ou plus	0,616	0,054	315	165	1,955	0,088	0,508	0,724
Jamais marié (en union)	0,469	0,055	315	165	1,936	0,117	0,359	0,578
Actuellement marié (en union)	0,514	0,051	315	165	1,808	0,100	0,412	0,616
Connaît une méthode moderne	0,922	0,027	181	85	1,342	0,029	0,868	0,976
Ne veut plus d'enfants	0,164	0,048	181	85	1,744	0,295	0,067	0,261
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,428	0,063	181	85	1,700	0,147	0,302	0,554
Taille de famille idéale	6,303	0,497	293	153	2,290	0,079	5,310	7,296

na = Non applicable

Tableau B.12 Erreurs de sondage : Échantillon Maniema, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007								
			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,461	0,071	854	314	4,095	0,153	0,320	0,602
Alphabétisée	0,634	0,037	854	314	2,256	0,059	0,559	0,708
Sans instruction	0,182	0,018	854	314	1,347	0,098	0,146	0,218
Instruction sécondaire ou plus	0,320	0,035	854	314	2,185	0,109	0,250	0,390
Jamais mariée (en union)	0,150	0,015	854	314	1,239	0,101	0,119	0,180
Actuellement mariée (en union)	0,772	0,019	854	314	1,298	0,024	0,735	0,809
Mariée (en union) avant 20 ans	0,747	0,016	679	248	0,972	0,022	0,714	0,779
Actuellement enceinte	0,125	0,011	854	314	0,999	0,091	0,102	0,147
Enfants nés vivants	3,283	0,149	854	314	1,439	0,045	2,986	3,580
Enfants survivants	2,614	0,098	854	314	1,194	0,038	2,418	2,811
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,974	0,359	139	54	1,414	0,051	6,256	7,692
Connaît une méthode moderne	0,735	0,032	665	243	1,845	0,043	0,672	0,798
Utilise actuellement une méthode	0,173	0,020	665	243	1,367	0,116	0,133	0,214
Utilise actuellement une méthode moderne	0,061	0,011	665	243	1,202	0,183	0,039	0,084
Ne veut plus d'enfants	0,168	0,018	665	243	1,206	0,104	0,133	0,203
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,380	0,029	665	243	1,544	0,077	0,322	0,439
Taille de la famille idéale	6,647	0,205	759	281	2,053	0,031	6,237	7,056
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,430	0,049	528	189	2,249	0,114	0,332	0,529
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,694	0,040	855	306	2,094	0,058	0,614	0,775
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,165	0,017	736	262	1,172	0,100	0,132	0,199
A reçu traitement SRO	0,470	0,069	121	43	1,435	0,146	0,332	0,607
A consulté du personnel médical	0,496	0,073	121	43	1,496	0,147	0,351	0,642
Ayant un carnet de santé	0,059	0,020	164	58	1,082	0,343	0,019	0,099
A reçu vaccination BCG	0,546	0,052	164	58	1,325	0,096	0,441	0,651
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,174	0,029	164	58	0,961	0,166	0,116	0,232
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,282	0,046	164	58	1,294	0,164	0,190	0,374
A reçu vaccination rougeole	0,446	0,048	164	58	1,219	0,108	0,350	0,542
Vacciné contre toutes les maladies	0,099	0,026	164	58	1,093	0,262	0,047	0,150
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,439	0,036	321	115	1,265	0,083	0,366	0,511
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,106	0,028	321	115	1,555	0,265	0,050	0,162
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,181	0,028	321	115	1,357	0,155	0,125	0,238
Anémie chez les enfants	0,740	0,026	337	123	0,999	0,035	0,688	0,792
Anémie chez les femmes	0,510	0,034	411	150	1,373	0,067	0,442	0,578
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,093	0,015	340	127	0,989	0,167	0,062	0,124
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	6,702	0,201	na	886	0,639	0,030	6,300	7,104
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	54,064	5,369	1 532	563	0,811	0,099	43,326	64,802
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	75,002	12,920	1 547	568	1,758	0,172	49,161	100,843
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	129,066	13,457	1 541	565	1,377	0,104	102,153	155,979
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	102,878	15,864	1 479	550	1,526	0,154	71,149	134,607
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	218,666	21,976	1 565	576	1,746	0,101	174,713	262,618
HOMMES								
Milieu urbain	0,410	0,061	378	125	2,394	0,149	0,288	0,532
Alphabétisé	0,917	0,024	378	125	1,677	0,026	0,870	0,965
Sans instruction	0,037	0,012	378	125	1,238	0,328	0,013	0,060
Instruction secondaire ou plus	0,675	0,047	378	125	1,939	0,070	0,581	0,769
Jamais marié (en union)	0,305	0,019	378	125	0,794	0,062	0,268	0,343
Actuellement marié (en union)	0,650	0,022	378	125	0,892	0,034	0,606	0,694
Connaît une méthode moderne	0,877	0,026	245	81	1,239	0,030	0,824	0,929
Ne veut plus d'enfants	0,096	0,019	245	81	1,002	0,197	0,058	0,133
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,447	0,038	245	81	1,203	0,086	0,370	0,523
Taille de famille idéale	8,265	0,469	342	115	1,407	0,057	7,326	9,204

na = Non applicable

Tableau B.13 Erreurs de sondage : Échantillon Katanga, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,608	0,070	925	1 073	4,299	0,115	0,468	0,747
Alphabétisée	0,596	0,048	925	1 073	2,938	0,080	0,501	0,691
Sans instruction	0,237	0,040	925	1 073	2,865	0,170	0,156	0,317
Instruction sécondaire ou plus	0,415	0,069	925	1 073	4,215	0,166	0,277	0,553
Jamais mariée (en union)	0,233	0,038	925	1 073	2,711	0,162	0,158	0,309
Actuellement mariée (en union)	0,662	0,038	925	1 073	2,422	0,057	0,586	0,738
Mariée (en union) avant 20 ans	0,640	0,034	746	856	1,939	0,053	0,571	0,708
Actuellement enceinte	0,120	0,015	925	1 073	1,421	0,127	0,090	0,150
Enfants nés vivants	3,142	0,116	925	1 073	1,135	0,037	2,910	3,375
Enfants survivants	2,663	0,086	925	1 073	0,968	0,032	2,492	2,834
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,413	0,308	160	208	1,263	0,048	5,797	7,029
Connaît une méthode moderne	0,735	0,043	644	710	2,469	0,059	0,649	0,822
Utilise actuellement une méthode	0,199	0,027	644	710	1,694	0,134	0,146	0,253
Utilise actuellement une méthode moderne	0,056	0,014	644	710	1,510	0,246	0,028	0,083
Ne veut plus d'enfants	0,200	0,016	644	710	0,997	0,078	0,169	0,232
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,371	0,036	644	710	1,863	0,096	0,300	0,443
Taille de la famille idéale	7,017	0,232	890	1 040	2,286	0,033	6,552	7,482
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,327	0,046	536	566	2,193	0,140	0,235	0,418
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,700	0,053	878	916	2,518	0,075	0,595	0,806
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,154	0,016	766	781	1,114	0,102	0,123	0,186
A reçu traitement SRO	0,290	0,076	122	120	1,618	0,262	0,138	0,442
A consulté du personnel médical	0,502	0,067	122	120	1,306	0,132	0,369	0,635
Ayant un carnet de santé	0,282	0,068	148	139	1,689	0,243	0,145	0,419
A reçu vaccination BCG	0,595	0,088	148	139	1,961	0,147	0,420	0,771
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,386	0,064	148	139	1,459	0,166	0,258	0,514
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,386	0,060	148	139	1,363	0,155	0,266	0,506
A reçu vaccination rougeole	0,517	0,069	148	139	1,519	0,133	0,380	0,655
Vacciné contre toutes les maladies	0,250	0,049	148	139	1,246	0,194	0,153	0,348
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,450	0,037	351	360	1,245	0,083	0,375	0,525
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,122	0,029	351	360	1,502	0,234	0,065	0,180
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,202	0,034	351	360	1,408	0,166	0,135	0,269
Anémie chez les enfants	0,609	0,071	346	369	2,338	0,117	0,467	0,751
Anémie chez les femmes	0,401	0,036	437	500	1,543	0,091	0,328	0,474
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,131	0,017	365	429	0,975	0,131	0,096	0,165
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	5,946	0,497	na	3 011	2,106	0,084	4,952	6,940
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	48,911	12,421	1 624	1 700	1,349	0,254	24,069	73,753
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	45,078	7,450	1 622	1 695	1,048	0,165	30,177	59,979
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	93,989	17,000	1 627	1 702	1,417	0,181	59,988	127,990
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	65,805	7,646	1 572	1 654	1,072	0,116	50,512	81,097
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	153,609	19,957	1 643	1 721	1,588	0,130	113,696	193,522
HOMMES								
Milieu urbain	0,686	0,081	414	508	3,496	0,118	0,524	0,848
Alphabétisé	0,868	0,032	414	508	1,912	0,037	0,804	0,932
Sans instruction	0,050	0,020	414	508	1,867	0,403	0,010	0,090
Instruction secondaire ou plus	0,653	0,064	414	508	2,692	0,097	0,526	0,780
Jamais marié (en union)	0,410	0,081	414	508	3,325	0,199	0,247	0,573
Actuellement marié (en union)	0,555	0,075	414	508	3,031	0,135	0,405	0,704
Connaît une méthode moderne	0,908	0,036	256	282	1,976	0,040	0,836	0,980
Ne veut plus d'enfants	0,134	0,037	256	282	1,722	0,276	0,060	0,207
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,359	0,043	256	282	1,423	0,119	0,273	0,444
Taille de famille idéale	7,492	0,356	401	499	1,626	0,047	6,781	8,203

na = Non applicable

Tableau B.14 Erreurs de sondage : Échantillon Kasaï Oriental, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,514	0,087	866	1 132	5,071	0,170	0,340	0,689
Alphabétisée	0,582	0,052	866	1 132	3,078	0,089	0,478	0,685
Sans instruction	0,134	0,027	866	1 132	2,356	0,204	0,080	0,189
Instruction sécondaire ou plus	0,406	0,054	866	1 132	3,191	0,132	0,299	0,513
Jamais mariée (en union)	0,218	0,026	866	1 132	1,855	0,120	0,166	0,270
Actuellement mariée (en union)	0,717	0,028	866	1 132	1,793	0,038	0,662	0,772
Mariée (en union) avant 20 ans	0,714	0,024	670	875	1,378	0,034	0,666	0,762
Actuellement enceinte	0,148	0,031	866	1 132	2,571	0,211	0,086	0,210
Enfants nés vivants	3,312	0,191	866	1 132	1,763	0,058	2,931	3,693
Enfants survivants	2,799	0,144	866	1 132	1,573	0,051	2,511	3,086
Enfants nés vivants des femmes 40-49	7,350	0,315	126	141	1,150	0,043	6,719	7,980
Connaît une méthode moderne	0,729	0,041	629	811	2,276	0,056	0,648	0,810
Utilise actuellement une méthode	0,113	0,018	629	811	1,436	0,160	0,077	0,150
Utilise actuellement une méthode moderne	0,021	0,007	629	811	1,258	0,342	0,007	0,036
Ne veut plus d'enfants	0,142	0,014	629	811	0,979	0,096	0,114	0,169
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,432	0,033	629	811	1,669	0,077	0,366	0,498
Taille de la famille idéale	7,632	0,206	801	1 065	1,710	0,027	7,220	8,044
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,395	0,037	523	681	1,748	0,095	0,321	0,470
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,756	0,053	950	1 221	2,740	0,070	0,650	0,862
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,232	0,038	826	1 074	2,321	0,164	0,156	0,308
A reçu traitement SRO	0,289	0,032	175	249	0,886	0,112	0,224	0,353
A consulté du personnel médical	0,191	0,073	175	249	2,308	0,381	0,046	0,337
Ayant un carnet de santé	0,186	0,049	172	211	1,548	0,262	0,088	0,283
A reçu vaccination BCG	0,698	0,053	172	211	1,465	0,076	0,592	0,804
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,363	0,062	172	211	1,632	0,172	0,238	0,488
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,422	0,051	172	211	1,311	0,122	0,320	0,525
A reçu vaccination rougeole	0,588	0,059	172	211	1,506	0,100	0,471	0,705
Vacciné contre toutes les maladies	0,212	0,046	172	211	1,402	0,218	0,119	0,304
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,492	0,040	323	443	1,476	0,082	0,411	0,572
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,146	0,035	323	443	1,719	0,238	0,077	0,216
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,308	0,040	323	443	1,402	0,131	0,228	0,389
Anémie chez les enfants	0,804	0,028	357	495	1,288	0,035	0,748	0,860
Anémie chez les femmes	0,496	0,039	406	526	1,567	0,079	0,417	0,574
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,166	0,022	332	414	1,028	0,130	0,123	0,209
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	7,596	0,362	na	3 143	1,534	0,048	6,872	8,320
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	32,556	7,241	1 729	2 220	1,282	0,222	18,074	47,038
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	49,529	8,811	1 730	2 223	1,701	0,178	31,906	67,151
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	82,084	13,880	1 732	2 224	1,762	0,169	54,325	109,844
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	68,089	14,983	1 676	2 159	1,608	0,220	38,122	98,056
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	144,584	21,572	1 752	2 247	1,963	0,149	101,440	187,728
HOMMES								
Milieu urbain	0,434	0,093	368	463	3,553	0,215	0,247	0,620
Alphabétisé	0,832	0,029	368	463	1,493	0,035	0,773	0,890
Sans instruction	0,036	0,015	368	463	1,559	0,419	0,006	0,067
Instruction secondaire ou plus	0,721	0,037	368	463	1,597	0,052	0,646	0,796
Jamais marié (en union)	0,362	0,042	368	463	1,670	0,116	0,278	0,446
Actuellement marié (en union)	0,602	0,041	368	463	1,585	0,067	0,521	0,683
Connaît une méthode moderne	0,890	0,047	225	279	2,218	0,052	0,797	0,984
Ne veut plus d'enfants	0,070	0,022	225	279	1,300	0,316	0,026	0,115
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,552	0,070	225	279	2,078	0,126	0,413	0,691
Taille de famille idéale	9,007	0,456	347	450	1,447	0,051	8,094	9,920

na = Non applicable

Tableau B.15 Erreurs de sondage : Échantillon Kasaï Occidental, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Population de base: Non pondérée (N)	Population de base: Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	Intervalle de confiance: M-2ET	Intervalle de confiance: M+2ET
FEMMES								
Milieu urbain	0,364	0,071	727	886	3,913	0,194	0,222	0,505
Alphabétisée	0,501	0,036	727	886	1,916	0,071	0,429	0,572
Sans instruction	0,228	0,049	727	886	3,137	0,215	0,130	0,327
Instruction sécondaire ou plus	0,312	0,048	727	886	2,777	0,154	0,216	0,408
Jamais mariée (en union)	0,144	0,021	727	886	1,631	0,148	0,101	0,187
Actuellement mariée (en union)	0,775	0,029	727	886	1,873	0,038	0,717	0,833
Mariée (en union) avant 20 ans	0,730	0,029	613	734	1,587	0,039	0,673	0,787
Actuellement enceinte	0,137	0,016	727	886	1,290	0,120	0,104	0,169
Enfants nés vivants	3,314	0,177	727	886	1,577	0,053	2,960	3,667
Enfants survivants	2,724	0,136	727	886	1,497	0,050	2,452	2,995
Enfants nés vivants des femmes 40-49	6,769	0,433	123	153	1,399	0,064	5,903	7,635
Connaît une méthode moderne	0,612	0,065	577	686	3,166	0,106	0,482	0,741
Utilise actuellement une méthode	0,142	0,025	577	686	1,737	0,178	0,092	0,193
Utilise actuellement une méthode moderne	0,019	0,010	577	686	1,691	0,508	0,000	0,038
Ne veut plus d'enfants	0,149	0,029	577	686	1,931	0,192	0,092	0,207
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,428	0,032	577	686	1,528	0,074	0,365	0,491
Taille de la famille idéale	7,517	0,298	623	748	2,218	0,040	6,921	8,112
Mère a reçu injection antitétanique complète	0,393	0,035	479	564	1,551	0,089	0,323	0,463
Mère a reçu assistance médicale à l'accouchement	0,783	0,046	817	962	2,492	0,059	0,691	0,876
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,240	0,020	726	865	1,218	0,082	0,200	0,279
A reçu traitement SRO	0,300	0,057	169	207	1,547	0,190	0,186	0,415
A consulté du personnel médical	0,355	0,048	169	207	1,253	0,136	0,258	0,452
Ayant un carnet de santé	0,210	0,038	156	169	1,118	0,182	0,133	0,286
A reçu vaccination BCG	0,670	0,070	156	169	1,763	0,104	0,531	0,810
A reçu vaccination DTCoq (3 doses)	0,270	0,062	156	169	1,651	0,230	0,145	0,394
A reçu vaccination polio (3 doses)	0,343	0,055	156	169	1,368	0,159	0,234	0,452
A reçu vaccination rougeole	0,454	0,055	156	169	1,319	0,122	0,343	0,564
Vacciné contre toutes les maladies	0,148	0,045	156	169	1,519	0,307	0,057	0,239
Taille-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,482	0,040	329	374	1,300	0,083	0,401	0,562
Poids-pour-taille (inférieur à -2 ET)	0,137	0,050	329	374	2,344	0,365	0,037	0,237
Poids-pour-âge (inférieur à -2 ET)	0,303	0,046	329	374	1,520	0,152	0,211	0,394
Anémie chez les enfants	0,714	0,053	307	360	1,772	0,074	0,608	0,820
Anémie chez les femmes	0,480	0,049	353	424	1,814	0,101	0,382	0,577
Indice de masse corporelle inférieur à 18,5	0,148	0,034	297	354	1,653	0,233	0,079	0,217
Indice synthétique de fécondité (3 ans)	7,735	0,329	na	2 489	1,017	0,043	7,077	8,393
Quotient de mortalité néonatale (10 ans)	34,912	5,974	1 477	1 702	1,029	0,171	22,964	46,860
Quotient de mortalité post-néonatale (10 ans)	60,327	11,334	1 476	1 697	1,476	0,188	37,659	82,996
Quotient de mortalité infantile (10 ans)	95,240	11,647	1 479	1 705	1,212	0,122	71,946	118,534
Quotient de mortalité juvénile (10 ans)	69,172	10,461	1 386	1 598	1,077	0,151	48,249	90,095
Quotient de mortalité infanto-juvénile (10 ans)	157,824	15,989	1 492	1 719	1,276	0,101	125,845	189,802
HOMMES								
Milieu urbain	0,332	0,076	314	386	2,833	0,230	0,180	0,485
Alphabétisé	0,874	0,036	314	386	1,911	0,041	0,803	0,946
Sans instruction	0,043	0,025	314	386	2,162	0,578	0,000	0,093
Instruction secondaire ou plus	0,699	0,042	314	386	1,614	0,060	0,615	0,783
Jamais marié (en union)	0,345	0,039	314	386	1,433	0,112	0,268	0,422
Actuellement marié (en union)	0,592	0,041	314	386	1,461	0,069	0,510	0,673
Connaît une méthode moderne	0,864	0,048	197	229	1,938	0,055	0,768	0,959
Ne veut plus d'enfants	0,046	0,023	197	229	1,557	0,505	0,000	0,093
Veut retarder d'au moins 2 ans	0,532	0,054	197	229	1,497	0,101	0,425	0,639
Taille de famille idéale	8,462	0,640	279	345	1,702	0,076	7,183	9,741

na = Non applicable

Tableau B.16 Erreurs de sondage : Test du VIH, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007								
			Population de base				Intervalle de confiance	
Variable	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Non pondérée (N)	Pondérée (N')	Effet de grappe (REPS)	Erreur relative (ET/M)	M-2ET	M+2ET
Ensemble du Pays								
Prévalence du VIH (femmes de 15-49)	0,016	0,002	4 632	4 492	1,324	0,152	0,011	0,021
Prévalence du VIH (hommes de 15-49)	0,009	0,002	3 901	4 012	1,417	0,232	0,005	0,014
Prévalence du VIH (hommes de 15-59)	0,009	0,002	4 304	4 444	1,399	0,222	0,005	0,013
Prévalence du VIH (hommes et femmes de 15-49)	0,013	0,002	8 533	8 504	1,393	0,131	0,010	0,016
Urbain								
Prévalence du VIH (femmes de 15-49)	0,024	0,004	2 221	2 055	1,213	0,164	0,016	0,032
Prévalence du VIH (hommes de 15-49)	0,013	0,003	1 762	1 769	1,129	0,232	0,007	0,019
Prévalence du VIH (hommes de 15-59)	0,013	0,003	1 908	1 921	1,147	0,231	0,007	0,019
Prévalence du VIH (hommes et femmes de 15-49)	0,019	0,003	3 983	3 824	1,331	0,151	0,013	0,025
Rural								
Prévalence du VIH (femmes de 15-49)	0,010	0,003	2 411	2 437	1,485	0,308	0,004	0,015
Prévalence du VIH (hommes de 15-49)	0,006	0,003	2 139	2 243	1,809	0,486	0,000	0,013
Prévalence du VIH (hommes de 15-59)	0,006	0,003	2 396	2 523	1,727	0,438	0,001	0,012
Prévalence du VIH (hommes et femmes de 15-49)	0,008	0,002	4 550	4 680	1,547	0,254	0,004	0,012
Kinshasa								
Prévalence du VIH (femmes de 15-49)	0,023	0,006	715	709	0,993	0,240	0,012	0,035
Prévalence du VIH (hommes de 15-49)	0,013	0,005	520	598	0,926	0,348	0,004	0,023
Prévalence du VIH (hommes de 15-59)	0,012	0,004	571	659	0,928	0,350	0,004	0,021
Prévalence du VIH (hommes et femmes de 15-49)	0,019	0,004	1 235	1 307	0,913	0,187	0,012	0,026
Ouest								
Prévalence du VIH (femmes de 15-49)	0,010	0,003	1 199	1 461	1,211	0,354	0,003	0,017
Prévalence du VIH (hommes de 15-49)	0,005	0,003	1 063	1 309	1,207	0,534	0,000	0,010
Prévalence du VIH (hommes de 15-59)	0,004	0,002	1 172	1 474	1,185	0,520	0,000	0,009
Prévalence du VIH (hommes et femmes de 15-49)	0,007	0,003	2 262	2 770	1,471	0,359	0,002	0,013
Est								
Prévalence du VIH (femmes de 15-49)	0,021	0,005	1 532	956	1,475	0,255	0,010	0,032
Prévalence du VIH (hommes de 15-49)	0,017	0,008	1 319	839	2,204	0,466	0,001	0,032
Prévalence du VIH (hommes de 15-59)	0,015	0,007	1 462	932	2,155	0,450	0,002	0,029
Prévalence du VIH (hommes et femmes de 15-49)	0,019	0,004	2 851	1 795	1,583	0,212	0,011	0,027
Centre-Sud								
Prévalence du VIH (femmes de 15-49)	0,016	0,005	1 186	1 366	1,387	0,318	0,006	0,026
Prévalence du VIH (hommes de 15-49)	0,008	0,003	999	1 267	0,954	0,344	0,002	0,013
Prévalence du VIH (hommes de 15-59)	0,009	0,003	1 099	1 378	1,015	0,329	0,003	0,014
Prévalence du VIH (hommes et femmes de 15-49)	0,012	0,003	2 185	2 633	1,312	0,256	0,006	0,018

Pour les besoins de l'analyse, les provinces sont regroupées en régions de la manière suivante : l'Ouest comprend les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et de l'Équateur ; l'Est comprend la province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Maniema ; le Centre-Sud comprend les provinces du Katanga, du Kasaï Oriental et du Kasaï Occidental.

TABLEAU POUR L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

ANNEXE C

Tableau C.1 Répartition par âge de la population des ménages

Répartition de la population (de fait) des ménages par année d'âge selon le sexe (pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Femmes		Hommes			Femmes		Hommes	
Âge	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent	Âge	Effectif	Pourcent	Effectif	Pourcent
0	930	3,9	972	4,2	36	188	0,8	183	0,8
1	838	3,5	853	3,7	37	231	1,0	183	0,8
2	968	4,0	877	3,8	38	213	0,9	226	1,0
3	891	3,7	864	3,7	39	228	0,9	220	0,9
4	906	3,8	796	3,4	40	203	0,8	201	0,9
5	839	3,5	714	3,1	41	180	0,7	191	0,8
6	811	3,4	898	3,9	42	194	0,8	193	0,8
7	696	2,9	752	3,2	43	217	0,9	185	0,8
8	678	2,8	762	3,3	44	154	0,6	143	0,6
9	633	2,6	710	3,1	45	165	0,7	161	0,7
10	711	3,0	773	3,3	46	144	0,6	165	0,7
11	545	2,3	547	2,4	47	149	0,6	174	0,7
12	646	2,7	733	3,2	48	153	0,6	154	0,7
13	534	2,2	653	2,8	49	170	0,7	135	0,6
14	695	2,9	608	2,6	50	192	0,8	124	0,5
15	399	1,7	476	2,0	51	136	0,6	102	0,4
16	478	2,0	505	2,2	52	183	0,8	98	0,4
17	411	1,7	439	1,9	53	128	0,5	107	0,5
18	419	1,7	484	2,1	54	127	0,5	102	0,4
19	460	1,9	410	1,8	55	134	0,6	96	0,4
20	579	2,4	496	2,1	56	86	0,4	96	0,4
21	478	2,0	363	1,6	57	78	0,3	93	0,4
22	478	2,0	409	1,8	58	82	0,3	81	0,3
23	420	1,8	362	1,6	59	77	0,3	82	0,4
24	436	1,8	289	1,2	60	120	0,5	102	0,4
25	426	1,8	360	1,6	61	75	0,3	71	0,3
26	320	1,3	314	1,4	62	72	0,3	88	0,4
27	349	1,5	287	1,2	63	53	0,2	46	0,2
28	358	1,5	272	1,2	64	37	0,2	53	0,2
29	296	1,2	296	1,3	65	63	0,3	75	0,3
30	374	1,6	281	1,2	66	33	0,1	40	0,2
31	264	1,1	238	1,0	67	56	0,2	67	0,3
32	261	1,1	258	1,1	68	44	0,2	50	0,2
33	225	0,9	238	1,0	69	36	0,1	29	0,1
34	281	1,2	233	1,0	70+	313	1,3	317	1,4
35	249	1,0	270	1,2	NSP/ND	1	0,0	3	0,0
					Total	23 999	100,0	23 228	100,0

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non-résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête.

Tableau C.2.1 Répartition par âge des femmes éligibles et enquêtées

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des femmes de 10-54 ans dans l'enquête ménage et des femmes de 15-49 ans enquêtées, et pourcentage de femmes éligibles qui ont été enquêtées (pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Population des femmes de 10-54 ans dans les ménages	Femmes enquêtées âgées de 15-49 ans		Pourcentage de femmes éligibles enquêtées
		Effectif	Pourcentage	
10-14	3 130	na	na	na
15-19	2 168	2 085	20,4	96,2
20-24	2 391	2 330	22,8	97,5
25-29	1 749	1 702	16,6	97,3
30-34	1 405	1 364	13,3	97,1
25-39	1 109	1 062	10,4	95,8
40-44	949	922	9,0	97,2
45-49	781	760	7,4	97,2
50-54	766	na	na	na
15-49	10 552	10 225	100,0	96,9

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisés sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.
na = Non applicable

Tableau C.2.2 Répartition par âge des hommes éligibles et enquêtés

Répartition (en %) par groupe d'âges quinquennal de la population (de fait) des hommes de 10-64 ans dans l'enquête ménage et des hommes de 15-59 ans enquêtés, et pourcentage des hommes éligibles qui ont été enquêtés (pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Groupe d'âges	Population des hommes de 10-64 ans dans les ménages	Hommes enquêtés âgés de 15-59 ans		Pourcentage d'hommes éligibles enquêtés
		Effectif	Pourcentage	
10-14	1 611	na	na	na
15-19	1 091	1 041	20,9	95,4
20-24	940	897	18,0	95,4
25-29	712	685	13,8	96,3
30-34	615	594	11,9	96,5
25-39	531	504	10,1	95,1
40-44	441	424	8,5	96,1
45-49	379	369	7,4	97,4
50-54	265	256	5,1	96,7
55-59	220	208	4,2	94,7
60-64	191	na	na	na
15-59	5 193	4 978	100,0	95,9

Note : La population de fait comprend tous les résidents et les non résidents qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Dans ce tableau, les pondérations utilisés sont celles de l'enquête ménage. L'âge est basé sur le tableau de ménage.
na = Non applicable

Tableau C.3 Complétude de l'enregistrement

Pourcentage d'informations manquantes pour certaines questions démographiques et de santé, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Type d'information	Groupe de référence	Pourcentage ayant des informations manquantes	Nombre de cas
Date de naissance	Enfants nés les 15 dernières années		
Mois seulement		2,1	22 162
Mois et année		0,1	22 162
Âge au décès	Enfants décédés nés les 15 dernières années	0,1	3 350
Âge/date de première union[1]	Femmes non célibataires	1,0	7 563
Âge/date à la première union[1]	Hommes non célibataires	1,1	2 933
Niveau d'instruction	Toutes les femmes	0,7	9 995
Niveau d'instruction	Tous les hommes	0,4	4 757
Diarrhée au cours des 2 dernières semaines	Enfants en vie de 0-59 mois	2,1	8 009
Anthropométrie[2]	Enfants en vie de 0-59 mois (à partir du questionnaire ménage)		
Taille		7,5	4 501
Poids		6,6	4 501
Taille ou poids		7,6	4 501
Anémie[3]			
Anémie chez les enfants	Enfants en vie de 6-59 mois (à partir du questionnaire ménage)	9,4	4 006
Anémie des femmes	Toutes les femmes (à partir du questionnaire ménage)	8,5	5 266
Anémie des hommes	Tous les hommes (à partir du questionnaire ménage)	11,7	5 186

[1] Sans information pour l'âge et l'année
[2] Enfant non mesuré
[3] Non testé(e)

Tableau C.4 Naissances par année de naissance

Nombre de naissances, pourcentage de naissances avec une date de naissance complète, rapport de masculinité à la naissance et rapport de naissances annuelles pour les enfants survivants (S), les enfants décédés (D) et l'ensemble des enfants (E) (pondéré), selon l'année de calendrier, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

	Effectif de naissances			Pourcentage avec une date de naissance complète[1]			Rapport de masculinité à la naissance[2]			Rapport de naissances annuelles[3]		
Années	S	D	E	S	D	E	S	D	E	S	D	E
2007	888	50	938	100,0	99,5	100,0	88,7	110,1	89,7	na	na	na
2006	1 744	184	1 928	99,4	94,8	99,0	120,0	77,8	115,1	na	na	na
2005	1 650	207	1 856	99,4	96,7	99,1	87,7	129,4	91,6	100,6	109,6	101,5
2004	1 535	193	1 728	99,7	98,7	99,6	100,3	124,5	102,7	95,0	82,7	93,4
2003	1 583	260	1 843	99,2	96,1	98,7	79,3	96,8	81,6	111,6	129,7	113,9
2002	1 301	208	1 509	99,0	93,5	98,2	92,4	170,9	100,4	89,0	74,3	86,7
2001	1 339	299	1 638	98,9	90,1	97,3	98,7	103,9	99,6	100,7	125,5	104,5
2000	1 358	269	1 627	99,0	91,2	97,7	98,6	97,5	98,4	105,7	101,0	104,9
1999	1 230	233	1 464	98,5	91,8	97,4	123,3	100,0	119,2	101,7	93,3	100,2
1998	1 063	231	1 294	98,2	86,4	96,1	88,5	106,6	91,5	90,1	99,0	91,6
2003-2007	7 400	894	8 294	99,5	96,7	99,2	95,2	105,2	96,2	na	na	na
1998-2002	6 291	1 240	7 531	98,8	90,5	97,4	99,8	110,9	101,5	na	na	na
1993-1997	4 778	1 139	5 917	97,8	91,0	96,5	108,1	105,0	107,5	na	na	na
1988-1992	3 112	774	3 885	98,1	90,7	96,6	109,4	122,6	111,9	na	na	na
< 1988	3 254	945	4 199	97,8	90,6	96,2	112,2	115,3	112,9	na	na	na
Ensemble	24 836	4 991	29 827	98,6	91,8	97,4	102,6	111,0	104,0	na	na	na

[1] Année et mois de naissance déclarés
[2] (Nm/Nf)x100, où Nm est le nombre de naissances masculines et Nf le nombre de naissances féminines
[3] [2Nx/(Nx-1+Nx+1)] x 100, où Nx est le nombre de naissances de l'année x
na = Non applicable

Tableau C.5 Enregistrement de l'âge au décès en jours

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, selon l'âge au décès en jours, et pourcentage de décès néonatals survenus, d'après les déclarations, aux âges de 0-6 jours, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Âge au décès en jours	Nombre d'années avant l'enquête				Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	0-19
<1	78	77	32	24	211
1	102	75	69	38	284
2	33	31	21	7	92
3	18	18	17	8	62
4	15	3	14	3	36
5	14	3	4	3	25
6	9	11	6	5	30
7	51	12	14	10	87
8	5	8	0	3	17
9	1	0	6	1	8
10	7	2	10	0	19
11	3	0	2	0	5
12	1	1	2	0	4
13	7	1	0	1	9
14	10	9	7	3	29
15	3	2	4	1	10
16	0	0	1	0	1
17	0	7	1	0	9
18	4	3	0	0	7
20	2	1	3	0	5
21	3	3	2	4	12
22	0	0	2	2	5
23	1	0	0	0	1
24	0	1	0	0	1
25	1	1	6	2	10
27	0	0	0	0	0
28	0	0	0	1	1
29	0	0	1	0	2
30	3	4	0	2	9
31 ou plus	0	0	0	0	0
Total 0-30	370	275	227	119	990
Pourcentage néonatal précoce[1]	72,8	79,9	71,9	74,0	74,7

[1] 0-6 jours / 0-30 jours

Tableau C.6 Enregistrement de l'âge au décès en mois

Répartition des décès survenus, d'après les déclarations, à moins de deux ans, selon l'âge au décès en mois, et pourcentage de décès survenus, d'après les déclarations, à moins de 1 mois, par période de cinq ans précédant l'enquête (pondéré), République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Âge au décès en mois	Nombre d'années avant l'enquête				Total 0-19
	0-4	5-9	10-14	15-19	
<1 mois[1]	370	275	227	120	991
1	31	61	35	9	135
2	47	46	19	26	137
3	45	44	65	27	182
4	39	31	25	15	110
5	26	34	15	20	95
6	41	51	32	30	153
7	37	44	40	15	136
8	38	44	29	11	122
9	37	36	45	25	143
10	22	15	11	3	51
11	18	36	17	9	80
12	22	22	34	15	93
13	8	31	22	14	75
14	18	27	10	7	61
15	8	7	4	4	23
16	15	6	2	7	30
17	0	13	6	3	22
18	13	14	13	6	46
19	6	9	7	1	23
20	2	10	5	0	18
21	0	2	4	0	6
22	3	0	0	2	5
23	0	1	1	6	8
24 ou plus	5	3	1	6	15
Manquant	0	1	0	0	1
1 année	39	37	54	30	160
Total 0-11	752	716	560	309	2 337
Pourcentage néonatal[2]	49,2	38,4	40,5	38,7	42,4

[1] Y compris les décès survenus à moins d'un mois, déclarés en jours
[2] Moins d'un mois/moins d'un an

Tableau C.7 État nutritionnel des enfants (Population de Référence Internationale de NCHS/CDC/OMS)

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de l'état nutritionnel (taille-pour-âge, poids-pour-taille et poids-pour-âge), selon certaines caractéristiques sociodémographiques, République Démocratique du Congo EDS-RDC 2007

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-âge		Poids-pour-taille		Poids-pour-âge		
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET[1]	Effectif d'enfants
Âge en mois							
<6	3,3	8,9	0,5	6,9	0,7	1,7	269
6-8	3,5	9,0	4,0	9,2	0,4	12,3	173
9-11	6,4	29,2	4,6	15,9	9,4	32,9	186
12-17	14,4	30,9	3,9	16,3	7,0	35,8	389
18-23	19,4	41,2	2,3	13,0	4,8	34,2	312
24-35	20,9	43,2	2,3	9,5	11,4	35,1	816
36-47	25,3	47,6	2,4	6,9	9,2	32,2	732
48-59	27,9	54,4	1,5	5,5	9,3	37,5	753
Sexe							
Masculin	19,9	42,7	2,8	10,5	9,6	32,8	1 786
Féminin	19,2	37,4	1,9	8,2	6,6	30,0	1 845
Milieu de résidence							
Urbain	12,5	31,8	2,8	10,1	6,9	23,9	1 468
Rural	24,3	45,6	2,1	8,8	8,8	36,4	2 162
Province							
Kinshasa	6,3	16,7	0,8	9,5	2,8	20,4	392
Bas-Congo	19,0	38,4	1,0	9,8	7,3	30,7	141
Bandundu	21,8	43,0	1,1	5,8	6,9	35,4	608
Équateur	24,5	44,3	3,8	10,5	12,9	38,7	427
Orientale	20,7	37,2	1,2	8,7	5,7	29,6	433
Nord-Kivu	23,2	49,9	1,4	5,5	5,2	25,4	165
Sud-Kivu	29,3	49,3	1,7	4,0	7,2	34,9	183
Maniema	16,5	38,7	3,4	11,4	4,7	23,3	114
Katanga	19,6	43,0	3,3	11,6	8,7	26,3	359
Kasaï Oriental	17,5	42,9	5,2	11,5	12,9	32,7	437
Kasaï Occidental	19,9	43,9	2,8	12,8	9,5	36,7	370
Niveau d'instruction de la mère[2]							
Aucune instruction	25,4	45,3	2,1	10,5	10,3	36,2	753
Primaire	21,2	42,2	3,0	10,5	9,2	34,5	1 438
Secondaire	11,0	30,5	1,5	7,2	3,9	21,3	1 124
Supérieur	2,4	2,4	0,0	5,3	0,0	5,3	23
Quintile de bien-être économique							
Le plus pauvre	21,8	41,4	1,4	10,9	8,8	34,2	801
Second	21,7	42,7	4,2	11,3	9,0	34,5	696
Moyen	23,0	46,7	1,8	7,6	8,6	35,0	787
Quatrième	20,4	43,2	2,6	7,9	9,8	30,4	785
Le plus riche	7,6	20,8	2,0	8,8	2,6	19,6	561
Ensemble	19,5	40,0	2,4	9,3	8,1	31,4	3 630

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont dormi dans le ménage la nuit ayant précédé l'enquête. Chaque indice est exprimé en terme de nombre d'unités d'écart-type (ET) par rapport à la médiane de la Population de Référence Internationale de NCHS/CDC/OMS. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

[1] Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane de la population de référence internationale

[2] Pour les femmes qui n'ont pas été enquêtées, les informations proviennent du questionnaire ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le ménage.

PERSONNEL DE L'EDS-RDC 2007



DIRECTEUR DU PROJET
Bakutuvwidi Makani Paul

COORDONNATEUR DE L'ENQUÊTE
Prof. Lututala Mumpasi Bernard

PRÉSIDENT DU COMITÉ DE PILOTAGE
Kayembe Mbandakulu Alphonse

ÉQUIPE TECHNIQUE

Démographe	Makaya Mboko Mbenza Simon
Coordonnateur Médical	Dr Swana Nimy Alphonse
Assistant Logisticien 1	Mandjo Lingbandulu Benjamin
Assistant Logisticien 2	Mashala Idingi Clément

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Comptable	Modjir Ouaneh
Secrétaire	Nene Ngiba Charlotte
Chauffeur Principal	Musindu Kamosi Stéphane
Chauffeur Contractuel	Mupangilay Kadima Christophe

PERSONNEL ENQUÊTE PILOTE

Chefs d'équipe
KalalaTshilobo Adolphe
Mandjo Lingbandulu Benjamin
Mashala Idingi Clément
Mayavanga Bazana Jean-Baptiste
Mombo di Bamokina Sébastien
Nioka Mankindu Alain

Agents de Santé
Batukeba Lubelo Frida
Kitenga Muila Crispin
Mishika Biuma Monique

Enquêteurs/Enquêtrices
Biyela Samaweti Gérard
Ibudi Muyanda Muel Patrice
Kiniali Mankaka Nicole
Lunga Mukwanga Bénoit
Mangenja Ntumba Julienne
Mapasu Bawimi Marie-Josée
Mputu Ndongo Fanny
Musau Makabala Monique
Mutombo Tinda Annie
Nakasila Muyeye Philippe
Ngalula Kayembe Caroline
Ngoma Ntuala Jérémie
Tuipatshile Mpinda Gérard

PERSONNEL ENQUÊTE PRINCIPALE

Superviseurs des pools

Biduaya Tshituka René
Bisimwa Muguma Louis De Gozangue
Ibudi Muyanda Muel Patrice
Ilunga Mutonji Fabrice
Kadiobo Kadiobo Léon
Kafira Ganywamulume Valérien
Kashimwabi Marie-Fidèle
Kimosiko Nasenge Matadi Simon Cicéron
Kitutombele Lusiete Paddy
Kuzonza Abel Aziz
Luntala Mundaya Modeste
Makala Makambu Jovin
Mandjo Lingbandulu Benjamin
Mapasu Bawimi Marie-Josée
Mavunza Kalumbediko Henri
Mbikayi Kadima Dominique
Mombo Di Bamokina Sébastien
Mongu Yenge Célestin
Mukendi Butaka Bruno
Nakasila Muyeye Philippe
Nioka Mankindu Alain
Nkunku Guydile Fatetua
Nzalalemba Kinkela Guy Raoul
Sangana Clémentine
Tuipatshile Mpinda Gérard

Points focaux

Dr Lemba Dibilau Edouard, Mbanza-Ngungu
Dr Kiphunda Laurent, Boma
Dr Ipay Itha Jean-Marie, Inongo
Kasongo Kasanzi Donatien, Kikwit
Bongongo Henri, Mbandaka
Dr Metonga Guy, Gemena
Mizele Gildas, Boende
Dr Mosunga Norbert, Kisangani
Sezabo Tamala Jacques, Bunia
Vulambo Kalissa Valère, Goma
Dr Lukusa Katshunga Jean, Beni
Mwania Mankunku Philémon, Kindu
Akilimali Zalagile, Kasongo
Nkubiri Kulondwa, Bukavu
Dr Kabambi Matabizi Lambert, Uvira
Mbuya Lubanzé Popopo, Lubumbashi
Dr Kirongozi Didier, Kalemie
Ngosa Kasongo Claude, Kolwezi
Miandambo Madeleine, Mbuji-Mayi
Kabongo Tshienda Nkaya, Mbuji-Mayi
Dr Djambi Robert, Lodja
Kayembe Ngoy Charles, Mwene-Ditu
Bitema Mbuanya, Kananga
Ndambo Ndjoko, Tshikapa

Chefs d'équipes et contrôleuses

	Chef d'équipes	Contrôleuses
Kinshasa 1	Kadiobo Kadiobo Léon	Mapasu Bawimi Marie Josée
	Kafira Ganywamulume Valérien	Ndongo Bonyama Anita
	Kuzonza Abel Aziz	Musau Makabala Monique
	Luntala Mundaya Esaïe Modeste	Sangana Biduaya Clémentine
	Mavunza Kalumbediko Henri	Madungu Tumwaka Perpetue
	Mukendi Butaka Bruno	Kashimwabi Waku Marie-Fidèle
	Panu Mpabi Mutombo Remy	Odimba Kombe Cathérine
	Tuipatshile Mpinda Gérard	Nkunku Fatetua Guydile
Kinshasa 2.1	Ngalula Kayembe Caroline	Mangenja Ntumba Julienne
	Mundadi Mukedi Aimé	Musau Makabala Monique
Mbandaka	Ekenga Egbolo Papy	Benteke Boene Ruth
Uvira	Ruhamya Mugenzi Joachim	Mwenge Itongwa Joséphine
Lubumbashi	Kunda Kwabisha Mikanda Clauberg	Mujinga Kabongo Sidonie
	Motema Matondo Jéremie	Mukanya Mbuya Lydie
Kindu	Mwinyi Shah Yuma Nasser	Kwaza Emelemekia Jacqueline
Boma	Mavungu Ngembo Jean-Pierre	Kasongo Musalampa Honorine
Kananga	Bombesha Tshidibi Ambroise	Mupemba Biatshinyi
Bukavu	Zirirane Shamavu Florentin	Idaya Mwassa
Kisangani	Ntumba Matungulu Moïse	Bibi Mbozo
Goma	Muluba Kitungano Souvenir	Kahindo Musyenene Edwige
	Ngungwa Kalomo Joseph	Kalinda Musafiri Sylvie

Agents de terrain

Kinshasa 1

Enquêteurs/enquêtrices

Biduaya Tshituka Réné
Bisimwa Muguma Louis de Gozangue
Ibudi Muyanda Muel Patrice
Ilunga Mutonji Fabrice
Ilunga Mutombo Boniface
Kau Zuele Rose
Kifwembe Mbuya Carine
Kimosiko Nasenge Simon Ciceron
Kitutombele Lusiete Paddy
Makala Makambu Jovin Gratien
Mangenja Ntumba Julienne
Mbikayi Kadima Dominique
Mishika Monique Biuma
Mombo di Bamokina Sébastien
Mongu Yenge Célestin
Mputu Ndongo Fanny
Mulonday Emmanuel Nyembwe
Mumbe Sinamali Micheline
Mundadi Mukedi Aimé
Musanda Tungu Antoine
Mutombo Tinda Annie
Muzebedi Mumbodji Madeleine
Nakasila Muyeye Philippe
Ngalula Kayembe Caroline
Ngoma Ntuala Jérémie
Ngoy Mwepu Emérance
Nioka Mankindu Alain
Ntanta Tshiela Marguérite
Nzalalemba Kinkela Guy Raoul
Nzeba Kaniki Alice
Nzuzi Nyenye Faustin
Omari Abonve

Kinshasa 2.1

Enquêteurs/enquêtrices

Babile Tshilubuisha Octavie
Baseya Leba Budiongo Jean-Romain
Bedi Kazikundi Hortence
Bolesange Batali Lysette
Bueya Mboko Henriette
Buyuni Kabala wa TengaJacques
Dinoka Nsay Lievin
Ekofo Ilongia Patrick
Ingani Nelekuni Guylain
Kamwanya Tshilumba Marceline
Kitsita Tsoleni Christophe
Lufuma Ndombasi Hilaire
Lukya Molonde Embolo Jean-Léonard
Luvenga Mélie Sylvie
Mabaka Nsoni Chantal
Mambimbi Masuangi Zouzou
Matiela Kalumbu Valérie
Matuasilua Kinkela Jean-Marc
Maute Makiona Gildas
Mayatezulua Luntala Yvette
Mayengo Mpadi Julien
Mbanza Evengi Fabien
Mnongo Imbungu Jean-Marie
Mosi Sanduku Guy
Mpolo Ndengani Rebecca
Munongo Nkosi Jules Bavon
Nenge Obeni Hortence
Ngalula Kapuku Bishiya Marie-Denise
Tumonanako Mambote Alexis

Agents de santé

Kitoko Kumeso Godefroid
Nanimana N'Samu Valence
Nsimba Makiadi Bienvenu
Kau Zuele Rose
Kifwembe Mbuya Carine
Mumbe Sinamali Micheline
Mishika Biuma Monique
Musanda Tungu Antoine
Mutombo Tinda Annie
Muzebedi Mumbodji Madeleine
Ndongo Bonyama Anita
Ngalula Kayembe Caroline
Ngoma Ntuala Jérémie
Ngoy Mwepu Emérance
Nzuzi Nyenye Faustin

Kinshasa 2.2

Enquêteurs/enquêtrices

Baseya Leba Budiongo Jean-Romain
Dinoka Nsay Lievin
Lukya Molonde Embolo Jean-Léonard
Matiela Kalumbu Valérie
Matuasilua Kinkela Jean-Marc
Maute Makiona Gildas
Mayengo Mpadi Julien
Mbanza Evengi Fabien
Mnongo Imbungu Jean-Marie
Mosi Sanduku Guy
Munongo Nkosi Jules Bavon

Agents de santé

Kitoko Kumeso Godefroid
Mangenja Ntumba Julienne
Mundadi Mukedi Aimé
Musanda Tungu Antoine
Muzebedi Mumbodji Madeleine
Nanimana N'Samu Valence
Ndongo Bonyama Anita
Ngalula Kayembe Caroline
Ngoy Mwepu Emérance
Nsimba Makiadi Bienvenu
Nzuzi Nyenye Faustin

Mbanza-Ngungu

Enquêteurs/enquêtrices

Kinavuidi Mavita Aimé
Landu Miyilamene Berthony
Luka Masakidi Simon
Lunkeba Zamenga Nestor
Lunkebila Nsuamunu Berry
Masuka Nkiwabonga Benjamin
Mayuku Manzolele Hortense
Munkamba Mpaka Rosckie
Ndiela Nsungani Solange
Ngalula Kamosi Stéphane
Nzuzi Vakanda

Agents de santé

Bena Diawa Mamitshou
Bunkembo Dayila Mada
Iyenga Pongo Bienvenue
Kitembo Ngunza Damvu
Lubondo Dianga Colette
Luwizana Kombe Arlette
Nsimba Dimbi Nguya Ariane
Nzuzi Miayekama Imelda
Pero Pitshiangani Christiane
Punga Kumakinga Paulin
Tulanda Zasala Micline

Boma

Enquêteurs/enquêtrices

Bondo Kalenga Betty
Dinguilu Phola Gisèle
Dintsava Toko-Dietu Privat
Diyavanga Kalunga Jean-Marie
Kuanzi Mabiala Alphonse
Makinsona Mfuenge Clovis
Mampuya Nzola Sylvain
Mankonko Luboloko Fidèle
Matiaba Lelo Marie-Jeanne
Muanda Mpanga Jacquemain
Muti Boloko Benjamin
Mvemba Lelo Prince Richard
Nsungu Seko Armandine
Ntelemene Kiala Alphonse
Tunga Mundele Patrick

Agents de santé

Kadialuakuluko Kiasamuna Faustin
Makuwila Mavangu Bijou
Masamba Ize Isaac
Nseka Muanza Georges
Nsita Ntima Jean
Nsunda Mombo Adèle
Phambu Ntedika Voxwilly
Phoba Khuwa Philippe
Kifwembe Mbuya Carine
Mishika Biuma Monique
Ngalula Kayembe Caroline
Nzuzi Nyenye Faustin

Kasongo

Enquêteurs/enquêtrices

Ali Atibu Clode
Amuri Kibondo
Feruzi Andjelani
Kawaya Adjat Nicole
Kawaya Makope Patricia
Kibwika Musa Cosmas
Ndarabu Djuma
Ngongo Useni Dieudonné
Ramazani Fatuma Jolie
Shabani Masumbuko René
Shadari Mukandilwa Bernard

Agents de santé

Amisi Makusudi Léon
Asumani Kalume Joseph
Bushiri Feza Rosalie
Issiaka Salima Gisèle
Kizyele Kandolo Alexandre
Mabilo Mulo Djo
Morisho Faila Thérèse
Mupenda Kalume Joseph
Ngandu Lumpungu
Somue Muepu
Shindano Sikuzani Espérance

Bukavu

Enquêteurs/enquêtrices

Alimasi Mudumbi Julien
Balebwa Ramazani
Bokanga Kikudi Jean
Esambo Lubyula Georges
Irenge Balemba Maximine
Itongwa Kanefu Janvier
Kahubira Mocire Chantal
Katanga Selemani Aimé
Maheshe Chanikire Meschac
Mapendo Karongo Charline
Matabaro Furaha Justine
Mulumeoderhwa Mastaki Jean-Pierre
Murhabale Mweze William
Mutebuka Badesire Ermelide
Nkusu Mambuene Julio
Zigashane Cizungu David

Agents de santé

Amani Isababa Warren
Biatoto Makebu Chala
Chokola Chikwanine Eugène
Ikando Mulonda Bertin
Kagizi Rudahigwa
Kaminkya Asha Marthe
Kashinzi Byenda Rachel
Kety Lubamba Léontine
Kizungu Sangi Alain
Kulimushi Chirambiza François Xavier
Kwinja Migabo Noella
Matabaro Bigabwa Innoncent
Musaba Birhashwirwa Floride
Musanza Mwetaminwa Cyprien
Namwanda Chihire Samuel
Rusangiza Lushoka Guillaume

Kolwezi

Enquêteurs/enquêtrices

Ilunga Mutabala
Kabwita Kanyimbwe Ghislain
Mutakila Wa Tshitambwe
Mutunda Wa Mutunda Jean
Ngo Mfumu Kitadi
Ngonzo Bansina Lyly

Agents de santé

Kabange wa Nkulu René- Crispin
Kabatunanga Bilonda Eulaly
Mifunga Lupanda Clarisse
Sinyembo Lisiki Michou
Tshibang Mutent Noé
Tshikomba Sondoy Jack

Gemena

Enquêteurs/enquêtrices

Asoba Mokandonga Joseph
Bange Songo Angèle
Banza Tshibamba Aimé
Bolo Epeko Bienvenu
Diko Manzenge Eddie
Lisuma Wekele Antoine
Mapala Mongangwa Mamie
Passi Decko Constant
Sala Mangamba Jean- Marie
Selete Oto Dialangeye

Agents de santé

Ambule Dongbo Léonard
Balanéa Mbokate Siméon
Bolela Mossily Oscar
Ebela Ngoto Guylain
Kintambo Sengea Jean-Denis
Londo Yamboka Gilbert
Moloko Makambo Roger
Ndonge Essia Mamie
Thinda Atundu Raph
Zadock Kongbende Gérard

Lubumbashi

Enquêteurs/enquêtrices

Dyanda Ndala Twite Lysette
Ilunga Maka Matunga Fernand
Ilunga Mwilunde Popopo
Kanda Lumanyisha Joseph
Kanyinda Kaja Richard
Kasongo Samba Carine
Lumbu Maliba Stéphane
Lweo Malale Jean-Claude
Mbombo Tshibenji Annie
Muzenga Mwema Guy
Ngoy Ngombe Franck-Joseph
Ntumba Mukendi Pierrot

Agents de santé

Ilunga Lwalwa Kabala Justin
Kalenga Numbi Pascal
Kazadi wa Ilunga Nshimba Felly
Kyangulu Kanengele Christian
Longombe Ndjate Lambert
Mwema Mukebo Godens
Ngudia Malangu Bernadette
Tshepele Kalonda Jules

Mbandaka

Enquêteurs/enquêtrices

Basango Losima Gauthier
Bokumbuku Ndoba Sadate
Bongende Rubin
Botuwa Boalangombe Justin
Ebonge Mahaki Jean-Bosco
Ekakya Baende Jean-Claude
Kau Lemba Zagalo
Kola Koyakonzi Egide
Lolimo Imbonda Carlos
Mazido Tondo
Mokando Mboyo Germain

Agents de santé

Buya Wabela Micky
Iluku Panze Stéphane
Ilumbe Is'Efalema Blaise-Placide
Itoko Loango Jean-Pierre
Lhaba Mokonga Enoch
Mbua Mboyo Elysée
Mwenga Mingwa Léon
Ngilimo Zeze Veridienne
Toningo Ilinga Pélagie-Odile

Mbuji-Mayi

Enquêteurs/enquêtrices

Basekayi Kanyinda
Esaho Shungulolo
Ilunga Kabemba
Ilunga Michel
Kalombo Diketeta
Kamanga N'senda
Kandolo Kamuanya
Kanyiki Lunzamba
Katala Luabonso
Katembwe Tshibamba
Katuku Luakashinda
Kazadi Bakenga
Kazadi Nkole
Kenda Wansela
Mpoyi Kanyinda
Mutala Kashala
Ngalula Tubenzele
Ntumba Mufuta
Tshizanga Mbayabu
Wembo Sompo Patou

Agents de santé

Balela Berthe
Kabeya Katombe
Kalonji Mushiya
Kambala Tshimanga
Kapashi Irène
Kapiamba Bénoit
Lutumba Matata
Makulu Ngoyi
Mbuyi Kadisha
Miandabu Kayembe
Mwembo Ntambwe
Ndaya Judith
Tshika Lutumba Horteance
Tshizemba Tshitompa

Mwene-Ditu

Enquêteurs/enquêtrices

Kabongo Bukasa Mwadiamvita Jean
Kalonji Dada
Kanyinda Lukusa Nico
Milambo Mufwansoni Fabien Sébastien
Mulumba Luhuta André
Ngoyi Mutombo Alidor
Ntumba Kankolongo Robert
Tshibangu Ilunga Bertin
Tshibingu Tshibingu Dieudonné
Tshimpangila Musangu Antoine

Agents de santé

Kalombo Mpumbue Jean
Kazadi Yanda II Dieudonné
Lubefu Lubefu Jacques
Muteba Biampata Alain
Mutombo Katshi Sylvain
Ntumba Kabanda
Tshala Kamuleta Rose
Tshilumba Mbuyi Camille
Tshiluishi Bin Mej Adèle
Yamba Muteba Florent

Isiro

Enquêteurs/enquêtrices

Gbutu Palangako Pierre
Kabuketi Nendika Joël
Kanadjonio Madzaa Albertine
Luyeye Ngwisani Félicien
Morisho Tabu Thaddée
Ngaboy Bozanito Cathérine

Agents de santé

Abide Baley Jean-Louis
Atibaguwe Akyabatemane Caroline
Exandrabe Fataki Mogo Paulin
Goy Zepo César
Mbia Mawaro Gisèle
Mbongo Munzia Jean-Paul

Kalemie

Enquêteurs/enquêtrices

Kayumba Leya Gabin
Malu Mutombo Huguette
Mwambila Haliyamutu Michel
Tshakomba Osango

Agents de santé

Katako Mutambwe Pierre
Mukindji Stamili Berthe
Muyumba Kirongozi Alexis
Owale Yamba Jean-Donat.

Bunia

Enquêteurs/enquêtrices

Bombenga Mofuko Bijou
Gbombu Nyamtale Samson
Ibiliabo Makalingi Jules
Kemishanga Mpaka Odile
Kizay Ngandja Hélène
Kobena Teweh Daniel
Ladu Ngenge Maoso
Malosi Birungi Elisée
Mbuley Ma Lebisabo Georges
Medaye Mabwa Jacques
Mumbere Mukuka Junior
Nyango Birungi Reinelde
Pawi-No Kpawi Marcel

Agents de santé

Bithum Mananu Jonathan
Borive Akiki Ngavele Patience
Dhibi Byarufu Odette
Ewaru Amade Phoébé
Kahambu Ndungo Fidéline
Kakule Bunangana Moïse
Kakule Mughenze Samuel
Ngave Ngabusi Aimée
Ukurmu Fwakwera Chritian

Tshikapa

Enquêteurs/enquêtrices

Biduaya Panu Eric
Kapala Ngwamashi
Kinda Nyami Marie
Mabuluki Mayani Blaise
Mbumba Ndayi André
Piema Mingina Dieu Merci

Agents de santé

Bolamba Muela
Ehawa Nala Pascaline
Ihemba Kayimbo Colette
Ilamikiza Yamba Aaron
Mashasha Lwashoro Justin
Tuseku Yamvua Arlette

Kikwit		**Enquêteurs/enquêtrices**	
	Bumwana Matrangwem Modeste Bungu Kilierbo André Kangu Kanzumba Pierre Kilapi Kishimbi Adeline Kuniata Kiboba Annie	Kuvuyuka Mayanda Guylain Mafalanka Diasi Joseph Menga Mavanga Céphas Mukelengi Kibombi Dregon	Mukinzi Kikalulu Roger Mungenzi Mubungu Gaston Nakasila Salongo Salomon Nsweme Bakeye Franklin
		Agents de santé	
	Bukasa Ngungu Auguste Fete Tasamba Taty Katoto Masasu Patience Kayata Nzundu Nzulin Kifutshi Gikhani Jean	Kimbala Mususu Olivier Lumbwele Mampasi Florence Makala Banda Max Mampia Mayibia Gilbert	Mukaba Nianga Germaine Ndaka Manzambi Ange Ndaka Sendo Célestin Tshimwanga Nel-Tshik Darius
Kindu		**Enquêteurs/enquêtrices**	
	Abdala Poyo Kykhoko Bienfait Amisi Mawazo Gertrude Amuri Ngomo François Kipindula Rajabo wa Rajabo	Lubabila Sengi Evariste Matondo Fele Tathy Mbula Za Gongwe Josué Mirenge Zagabe Zelote	Saleh Baruti Sengi Kilimbalimba Serjak Tambwe Kambuya Wenceslas
		Agents de santé	
	Kanga Elongo Doudou Kabuka Tumba Henriette	Mayenge Ramazani Rashidi Yangala Emile	Sumaili Musambilwa Sylvain
Lodja		**Enquêteurs/enquêtrices**	
	Kitumbu Olua Hilaire Lokongo Mputshi Joseph	Mbemba Mayele Dacquy Christian Nende Dimandja Joséphine	Shongo Yonga Jean
		Agents de santé	
	Ahuka Lundja Laurent Antohawedi Tusuwa Emma	Elemu Omokoko Jeanne Elowa Nkoy Paul Marin	Ongombe Luhaka Fabrice
Inongo		**Enquêteurs/enquêtrices**	
	Kasampu Kapaku Claude Kiambeli Omiomu Doudou	Maa Nkanda Marcellin Matalatala Maki Achille Deveria	Mbomwaba Mpianga Bibi Tshiaba Ngalamulume Johnny
		Agents de santé	
	Bamombi Mpoo Dieu Merci Biongo Mpia Bola Jean Venance	Bossito Ifunate Marcellin Mavunza Abeki Nzuzi	Mbo Ekombe Jean-Claude Mbomawa Mpisomi Jaspers
Kananga		**Enquêteurs/enquêtrices**	
	Bushabu Mabudi Crispin Cilumba Mutamba Richard Dekwize Diakabi Mueny Sébastien Dikapa Shimuna Dieudonné Kambala Mudiodio Kambila Tshimanga Albert	Kasonga Mwila Jean-Pierre Katya Kitsa Dominique Makabu Kabue Emmanuel Mbombo Mukendi Jacqueline Mfuamba Kalala Albert Mulamba Yabadi Charles	Mutombo Ntumba Jean Ngalamulume Kalekedi Louis Ngandu Mamba Joseph Tshimane Kasonga Serge Tshinyama Mulela-Mwabo Gaston Tubonge Katchay François
		Agents de santé	
	Bakadingamba Badimanyine Bombesha Rosette Bakamana Tshibuabua Pierre Bupela Muela Célestine Kabutakapua Bajikilayi Théodore Kamba Akulayi Sylvain Kasanga Muangala Michel	Kinyenge Kitoko Ruth Lufu Kantole André Jean Pierre Mwika Mulamba Blandine Ndaya Kalanga Agnès Ndaye Mukendi Jean-Jonas	Ngalula Ngeleka Brigitte Piema Piema Jean Pierre Shoko Lopepe Antoine Tshimbombo Ntambwe Clément Tshituka Kabutakapwa Bertine

Boende

Enquêteurs/enquêtrices

Botaka Bokanga Hoppy
Djambo Botambalifaso J.C.
Isekaikole Bokwala J.E.
N'songe Itambala Isase Léon

Agents de santé

Belenge Nkanga Cécile
Lompoto Loola Jean-Denis
Lossokola Lomunya Denis
Mboyo Bete Elie

Kisangani

Enquêteurs/enquêtrices

Asango Osenge Innocent
Etoko Longomba Stanis
Folo Banga Bibi
Gbogo Madjanganzi
Kabangi Kayala Dadou
Kibaya Momodu Jean Lumière
Koka Mbuabua Joseph
Kokwa Bendenda Joseph
Lalilotaye Mambe Pierre
Ludiata Kiaku Ghislain
Luwawu Sita Rajou
Ndongala Mayemba Claude
Nsiala-Zi-Mbemba Beaudry
Saile Lasilotaye Elisabeth

Agents de santé

Amundala Olendjeke Augustin
Binti Batokwa Zawida Angel
Ituka Moseka Louise
Kabamba Kibungu Thomas
Lipay Sunga Françoise
Mabogo Mokwa Colin
Mambandu Florence Nene
Mambenga Monzali Bruno
Mata-Mowangi Mobonda Alphonse
Mbiya Mwaba Boniface
Mibengu Lubula Benjamin
Yelete Isalina Marcel

Uvira

Enquêteurs/enquêtrices

Bashizi Nyota Marie-Claire
Byamungu Kavira David
Kiza Muhigirwa Nicole
Leboma Ndima Suzanne
Mumbungu Katesa Pitshouna
Matembera Buhendwa Jean-de-Dieu
Mutambala Masuku Gildard
Mwendanababo Mkila Ma'Ano

Agents de santé

Alanga Kahenga Baltazar
Kanku Badibanga Josué
Ngongo Safi Françoise
Zawadi Akyombo Solange

Beni

Enquêteurs/enquêtrices

Kamala Mutambuko Victor
Kambale Kihara Faustin
Kambale Siriwayo Yogan
Kasereka Nzanzu Freddy
Kasereka Vikemba Romain
Kithumbu Mashingo Olga
Mathe Syayira Masy
Mumbere Kataliko Julien
Nzanzu Muhongya John
Nzondero Tumba Innocent
Saleh Lwinda Jackson
Shabani Saleh Doddy

Agents de santé

Bora Uzima Victorine
Kakule Katusi Germain
Kambale Kamala Melchisedech
Kambale Mutuvya Dalmond
Kaponirwe Sikuli Wamundu Florine
Kasereka Kamavu Jules
Kasereka Malekani Djuma
Kavira Muhira Lois
Kavugho Siherya Thérèse
Kenda Kenda Pombi Papy

Goma

Enquêteurs/enquêtrices

Barwani Lukye Songe
Burongo Katayumya
Feza Milambo Faustine
Kahambu Kitsa Wasosa Dénise
Kahambu Mupira Neema
Kasindi Fataki Mukuku J.-Marie
Kavusa Kaparayi Mwamba
Kitumbo Malio Antoine
Kombi Vayitsura Bosco
Lifendi Bambale César
Mbambu Olenga Annie
Musafiri Kambale J. Chrysostome
Pilipili Kanyere Furahini Françoise
Sango M'cucua Jimmy

Agents de santé

Alumba Feza Bijoux
Balegamire Balame Tatienne
Basengelelwa Milambo Solange
Chahi Ndoole Liliane
Kahambu Tseme Jeanne
Kanyere Baruti Dénise
Kasereka Katsuva Guillaume
Lufimbo Mamassa Evelyne
Mbindule Kalere Eugenie
Munganga Kalume Bernard

TRAITEMENT DES DONNÉES

Coordonnateur de saisie
Saleh Mukongo Elias

Superviseurs de saisie
Bossenge Bakobo Jean Pierre
Kasongo Mbaya Célestin
Mayamona Madimbi Raphaël

Superviseur de l'édition
Paluku Fatuma

Agents de codification et de vérification
Mundadi Mukedi Aimé
Musau Makabala Monique
Muzebedi Madeleine
Ngalula Kayembe Caroline
Bukumbabu Tshimanga Emerance
Kahindo Matumaini
Mavakala Mbuka Alphonse
Mundosa Mwana Mputu

Agents de saisie
Bolembo Marie-Jeanne
Futshela Ndjongo Bernadette
Gombo Ntinu
Kahungu Pongu Rose
Kamabu Kahindo Yvonne
Libali Ngaba Odile
Makambu Kabongo Félicien
Makolo Fayulu Florentine
Mansanga Mpuna Julienne
Mateta N'Kombo Jean-Claude Moïse
Ndongala Kiatoko Déo Gracias
Nkaya Nzengu Louise
Nkula Mata Marie
Nseka Koko Ikuna Ernest
Seko Pola Hygin
Sobila Bolinga Joséphine
Tusamba Nekaka Suzanne

PERSONNEL DE LABORATOIRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE POUR LA SÉROLOGIE DU VIH

Coordonnateur
Edidi Bazeteyo Samuel

Gestionnaire des échantillons
Disasi Atupa Olivier

Techniciens
Mama Agbala S. Nicaise
Yungi Nkuka Charline
Tshimpaka Tshamala Jean-Willy
Kabembo Lunzolo Rigobert
Mayamba Tshindibu Antoinette

PERSONNEL DE MACRO INTERNATIONAL

Tinga Sinaré	Conseiller technique résident
Noah Bartlett	Responsable du projet
Mohamed Ayad	Coordination
Ruilin Ren	Sondage
Keith Purvis	Traitement des données
Monique Barrère	Édition
Hannah Guedenet	Dissémination
Erica Nybro	Dissémination
Ben Wielgosz	Traitement des données GPS
Kimberly Forkner	Production des cartes
Chris Gramer	Production du rapport

QUESTIONNAIRES

ANNEXE E

MINISTÈRE DU PLAN

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Confidentiel

IDENTIFICATION

POOL D'ENQUÊTE ______	POOL	☐☐
NOM DE LA LOCALITÉ (QUARTIER/VILLAGE) ______		
NOM DU CHEF DE MÉNAGE ______		
NUMÉRO DE LA GRAPPE	GRAPPE	☐☐☐
NUMÉRO DU MÉNAGE	MENAGE	☐☐☐
PROVINCE	PROVINCE	☐☐
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU	☐
KINSHASA - CAPITALE PROVINCIALE - AUTRE VILLE - CITÉ - RURAL . . . . . . (KINSHASA=1, CAPITALE PROVINCIALE=2, AUTRE VILLE=3, CITÉ=4, RURAL=5)	RÉSIDENCE	☐

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE **HOMME/TESTS ANÉMIE ET VIH/ANTHROPOMÉTRIE** 1

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR **VIOLENCES DOMESTIQUES (SECTION 10), PAS D'ENQUÊTE HOMME** 2

VISITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR ☐☐ MOIS ☐☐ ANNÉE 2 0 0 7
NOM DE L'ENQUÊTRICE	______	______	______	NOM ☐☐☐
RÉSULTAT*	______	______	______	RÉSULTAT ☐
PROCHAINE VISITE : DATE	______	______		NOMBRE TOTAL DE VISITES ☐
HEURE	______	______		

*CODES RÉSULTATS:

1 REMPLI
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE
4 DIFFÉRÉ
5 REFUSÉ
6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE
7 LOGEMENT DÉTRUIT
8 LOGEMENT NON TROUVÉ
9 AUTRE ______ (PRÉCISER)

TOTAL DANS LE MÉNAGE ☐☐

TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES ☐☐

TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES ☐☐

LANGUE DE QUEST.** FRANÇAIS

N[O] LIGNE ENQUÊTÉ POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE ☐☐

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______ DATE ______ ☐☐☐	NOM ______ DATE ______ ☐☐☐	☐☐	☐☐

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellemer

							SI 15 ANS OU PLUS				SI ÂGÉ DE 18-59 ANS	SI ÂGE DE 0-4 ANS
	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRI-MONIAL	ÉLIGIBILITÉ			ADULTES MALADES	DÉCLAR-ATION DE NAISS.
N U M L I G N E	S'il vous plait, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRES AVOIR OBTENU LA LISTE DES MEMBRES ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE, COL. 3 ET 4, POSEZ LES 3 QUESTIONS A LA FIN DE TABLEAU POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE. ENSUITE POSEZ LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COL. 5 À 25 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[1]	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS[2]	ENCER-CLER LE N^{O}. DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLER LE N^{O}. DE LIGNE DE TOUS LES HOMME S DE 15-59 ANS	ENCER-CLER LE N^{O}. DE LIGNE DE TOUS LES ENFANT S DE MOINS DE 6 ANS	(NOM) a-t-il/elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ?	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ? SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[3]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
01			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	ANNÉES		01	01	01	O N NSP 1 2 8	
02			1 2	1 2	1 2			02	02	02	1 2 8	
03			1 2	1 2	1 2			03	03	03	1 2 8	
04			1 2	1 2	1 2			04	04	04	1 2 8	
05			1 2	1 2	1 2			05	05	05	1 2 8	
06			1 2	1 2	1 2			06	06	06	1 2 8	
07			1 2	1 2	1 2			07	07	07	1 2 8	
08			1 2	1 2	1 2			08	08	08	1 2 8	
09			1 2	1 2	1 2			09	09	09	1 2 8	
10			1 2	1 2	1 2			10	10	10	1 2 8	

1. CODES POUR Q. 3 : LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = MARI OU FEMME
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06 = PÈRE OU MÈRE
07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
08 = FRÈRE OU SŒUR
09 = NEVEU/NIÈCE
10 = NEVEU/NIÈCE PAR ALLIANCE
11 = AUTRES PARENTS
12 = ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE/ DU CONJOINT
13 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

2. CODES POUR Q. 8 : ÉTAT MATRIMONIAL

1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE
2 = DIVORCÉ/SÉPARÉ
3 = VEUF/VEUVE
4 = JAMAIS MARIÉ/ N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN PARTENAIRE

3. CODES POUR Q.13 : DECLARATION DE NAISSANCE

1 = A UN ACTE
2 = ENREGISTRÉE
3 = NI L'UN NI L'AUTRE
8 = NE SAIT PAS

No

	SI ÂGÉ DE 0-17 ANS						SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES						ÉCOLE FRÉQUENTÉE		SCOLARITÉ RÉCENTE/COURANTE			
NUM LIGNE	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DE LA MÈRE SI NON : INSCRIRE '00'	**SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE** La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DU PÈRE SI NON : INSCRIRE '00'	**SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE** Le père de (NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ?	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[4]	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire 2006-2007 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[4]	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire précédente, c'est a dire 2005-2006 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[4]
(1)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)
	O N NSP		O N NSP	O N NSP		O N NSP	O N	NIV. CL.	O N	NIV. CL.	O N	NIV. CL.
01	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
02	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
03	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
04	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
05	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
06	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
07	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
08	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
09	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
10	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	

4. CODES POUR QUESTIONS 21, 23, ET 25 : INSTRUCTION				
Niveau	PRIMAIRE =1	SECONDAIRE = 2	SUPÉRIEUR = 3	NSP=8
	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
Classe	1ÈRE ANNÉE PRIM. = 1 2ÈME ANNÉE PRIM. = 2 3ÈME ANNÉE PRIM. = 3 4ÈME ANNÉE PRIM. = 4 5ÈME ANNÉE PRIM. = 5 6ÈME ANNÉE PRIM. = 6 NSP = 8	1ÈRE ANNÉE SEC. = 1 2ÈME ANNÉE SEC. = 2 3ÈME ANNÉE SEC. = 3 4ÈME ANNÉE SEC. = 4 5ÈME ANNÉE SEC. = 5 6ÈME ANNÉE SEC. = 6 NSP = 8	ANNÉE PRÉPARATOIRE = 1 1ER GRADUAT = 2 2ÈME GRADUAT = 3 3ÈME GRADUAT = 4 1ÈRE LICENCE (L1) = 5 2ÈME LICEN. OU + (L2 +) = 6 NSP = 8	

TABLEAU DE MÉNAGE

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellemer

							SI 15 ANS OU PLUS				SI ÂGÉ DE 18-59 ANS	SI ÂGE DE 0-4 ANS
	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉTAT MATRI-MONIAL	ÉLIGIBILITÉ			ADULTES MALADES	DÉCLAR-ATION DE NAISS.
NUM LIGNE	S'il vous plait, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRES AVOIR OBTENU LA LISTE DES MEMBRES ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE, COL. 3 ET 4, POSEZ LES 3 QUESTIONS A LA FIN DE TABLEAU POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE DES MEMBRES EST COMPLÈTE. ENSUITE POSEZ LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COL. 5 À 25 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[1]	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel-lement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS[2]	ENCER-CLER LE N^{O}. DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER-CLER LE N^{O}. DE LIGNE DE TOUS LES HOMME S DE 15-59 ANS	ENCER-CLER LE N^{O}. DE LIGNE DE TOUS LES ENFANT S DE MOINS DE 6 ANS	(NOM) a-t-il/elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ?	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ? SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[3]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
			M F	O N	O N	ANNÉES					O N NSP	
11			1 2	1 2	1 2			11	11	11	1 2 8	
12			1 2	1 2	1 2			12	12	12	1 2 8	
13			1 2	1 2	1 2			13	13	13	1 2 8	
14			1 2	1 2	1 2			14	14	14	1 2 8	
15			1 2	1 2	1 2			15	15	15	1 2 8	
16			1 2	1 2	1 2			16	16	16	1 2 8	
17			1 2	1 2	1 2			17	17	17	1 2 8	
18			1 2	1 2	1 2			18	18	18	1 2 8	
19			1 2	1 2	1 2			19	19	19	1 2 8	
20			1 2	1 2	1 2			20	20	20	1 2 8	

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE ☐

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète :	OUI		NON
Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ?	☐	INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU	☐
De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ?	☐	INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU	☐
Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées ?	☐	INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU	☐

1. CODES POUR Q. 3 : LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

01=CHEF DE MÉNAGE
02=MARI OU FEMME
03=FILS OU FILLE
04=GENDRE OU BELLE-FILLE
05=PETIT-FILS OU PETITE FILLE
06=PÈRE OU MÈRE
07=BEAU-PÈRE/BELLE MÈRE
08=FRÈRE OU SŒUR
09=NEVEU/NIÈCE
10=NEVEU/NIÈCE PAR ALLIANCE
11= AUTRES PARENTS
12=ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE/ DU CONJOINT
13=SANS PARENTÉ
98=NE SAIT PAS

4

No

	SI ÂGÉ DE 0-17 ANS						SI ÂGE DE 5 ANS OU PLUS		SI ÂGÉ DE 5-24 ANS			
	SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES						ÉCOLE FRÉQUENTÉE		SCOLARITÉ RÉCENTE/COURANTE			
NUM LIGNE	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DE LA MÈRE SI NON : INSCRIRE '00'	**SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE** La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage ? SI OUI : Quel est son nom ? INSCRIRE No LIGNE DU PÈRE SI NON : INSCRIRE '00'	**SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE** Le père de (NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ?	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[4]	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire 2006-2007 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[4]	(NOM) a-t il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire précédente, c'est a dire 2005-2006 ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS.[4]
(1)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)
	O N NSP		O N NSP	O N NSP		O N NSP	O N	NIV. CL.	O N	NIV. CL.	O N	NIV. CL.
11	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
12	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
13	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
14	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
15	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
16	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
17	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
18	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
19	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	
20	1 2—8 ALLER À 17		1 2 8	1 2—8 ALLER À 20		1 2 8	1 2 LIGNE SUIVANTE		1 2 ALLER À 24		1 2 LIGNE SUIVANTE	

2. CODES POUR Q. 8 : ÉTAT MATRIMONIAL

1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE
2 = DIVORCÉ/SÉPARÉ
3 = VEUF/VEUVE
4 = JAMAIS MARIÉ/ N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN PARTENAIRE

3. CODES POUR Q.13 : DECLARATION DE NAISSANCE

1 = A UN ACTE
2 = ENREGISTRÉE
3 = NI L'UN NI L'AUTRE
8 = NE SAIT PAS

4. CODES POUR QUESTIONS 21, 23, ET 25 : INSTRUCTION

PRIMAIRE =1	SECONDAIRE = 2	SUPÉRIEUR = 3	NSP=8
0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
1ÈRE ANNÉE PRIM. = 1	1ÈRE ANNÉE SEC. = 1	ANNÉE PRÉPARATOIRE = 1	
2ÈME ANNÉE PRIM. = 2	2ÈME ANNÉE SEC. = 2	1ER GRADUAT = 2	
3ÈME ANNÉE PRIM. = 3	3ÈME ANNÉE SEC. = 3	2ÈME GRADUAT = 3	
4ÈME ANNÉE PRIM. = 4	4ÈME ANNÉE SEC. = 4	3ÈME GRADUAT = 4	
5ÈME ANNÉE PRIM. = 5	5ÈME ANNÉE SEC. = 5	1ÈRE LICENCE (L1) = 5	
6ÈME ANNÉE PRIM. = 6	6ÈME ANNÉE SEC. = 6	2ÈME LICEN. OU + (L2 +) = 6	
NSP = 8	NSP = 8	NSP = 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	**EAU DU ROBINET** DANS LOGEMENT .... 11 DANS COUR/CONCESSION ... 12 ROBINET AILLEURS .... 13 **PUITS OUVERT** PUITS OUVERT DANS LOGEMENT 21 DANS COUR/CONCESSION ... 22 PUITS OUVERT AILLEURS ...... 23 **PUITS COUVERT OU FORAGE** PUITS PROTÉGÉ DANS LOGEMENT. 31 DANS COUR/CONCESSION . 32 PUITS PROTÉGÉ AILLEURS ... 33 FORAGE .... 34 **EAU DE SURFACE** SOURCE AMENAGEE .... 41 SOURCE NON AMENAGEE ... 42 FLEUVE/RIVIÈRE .... 43 MARE/LAC .... 44 BARRAGE .... 45 EAU DE PLUIE .... 51 CAMION CITERNE .... 61 EAU EN BOUTEILLE .... 71 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	 → 103 → 103 → 103 → 103 → 103 → 103 → 103 → 103 → 103
102	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir ?	MINUTES .... [ ][ ][ ] SUR PLACE 996	
103	De quel genre de toilettes dispose votre ménage ?	CHASSE D'EAU .... 11 FOSSE/LATRINES LATRINE NON COUVERTE ... 21 LATRINE COUVERTE .... 22 LATRINE VENTILÉE AMÉLIORÉE 23 PAS DE TOILETTES /NATURE ... 31 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	 → 105
104	Partagez-vous cette installation avec d'autres ménages ?	OUI .... 1 NON 2	
105	Dans votre ménage, y-a-t-il (possedez-vous) : L'électricité ? Une radio ? Une télévision ? Un téléphone fixe? Un téléphone portable? Un réfrigérateur ? Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? une(des) chaise(s) ? Un(des) lit(s) ? Une(des) lampe(s) ? Un four ? Une(des) houe(s) ? Une machine à coudre ?	OUI NON ÉLECTRICITÉ .... 1 2 RADIO .... 1 2 TÉLÉVISION .... 1 2 TÉLÉPHONE FIXE .... 1 2 TÉLÉPHONE PORTABLE ... 1 2 RÉFRIGÉRATEUR .... 1 2 RÉCHAUD/CUISINIÈRE ...... 1 2 CHAISE(S) .... 1 2 LIT(S) .... 1 2 LAMPE(S) .... 1 2 FOUR .... 1 2 HOUE(S) .... 1 2 MACHINE À COUDRE 1 2	

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
106	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	ÉLECTRICITÉ .... 01 GAZ BOUTEILLE .... 02 BIOGAZ .... 03 KÉROSÈNE/PETROLE .... 04 CHARBON DE BOIS .... 05 BOIS À BRÛLER .... 06 SCIURE DE BOIS .... 07 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
106A	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES .... ☐	
107	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTRER L'OBSERVATION.	**MATÉRIAU NATUREL** TERRE/SABLE .... 11 **MATÉRIAU RUDIMENTAIRE** BOIS/AUTRES VEGETAUX ... 21 **MATÉRIAU MODERNE** CIMENT .... 31 CARRELAGE .... 32 AUTRE MATÉRIAU MODERNE . 33 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
107A	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTRER L'OBSERVATION.	**MATÉRIAU NATUREL** CHAUME/PAILLE .... 11 **MATÉRIAU RUDIMENTAIRE** NATTE .... 21 PALMES/BAMBOU .... 22 PLANCHES DE BOIS .... 23 **MATÉRIAU FINI** DALLE EN BÉTON .... 31 TUILES/ARDOISE/ETERNIT ... 32 TÔLE .... 33 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
108	Dans votre ménage, y-a-t-il quelqu'un qui possède : Une bicyclette ? Une mobylette ou une motocyclette ? Une voiture ou un camion ? Une pirogue ?	OUI NON BICYCLETTE .... 1 2 MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE 1 2 VOITURE/CAMION .... 1 2 PIROGUE 1 2	

7

Nº	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
108A	Combien de temps faut-il pour aller d'ici (c'est-à-dire de chez vous) au centre de santé fonctionnel le plus proche ?	MINUTES . . . . [ ][ ][ ]	
108B	De quel type de centre de santé s'agit-il ?	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 11 CENTRE SANTÉ . . . . 12 POSTE SANTÉ . . . . 13 MATERNITÉ . . . . 14 AUTRE PUBLIC ________________ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . . 21 CABINET MÉDICAL INFIRMIER . . . 22 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________________ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL RELIGIEUX 31**	
109	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 121A
110	Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES [ ]	

		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3
111	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES. POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE. SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.	VU . . . . 1 NON VU 2	VU . . . . 1 NON VU 2	VU . . . . 1 NON VU 2
112	Depuis combien de temps votre ménage possède-t-il cette moustiquaire ?	MOIS . . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 96	MOIS . . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 96	MOIS . . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + . . . 96
113	Combien vous a couté cette moustiquaire ?	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . 99995 NSP 99996
114	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PAS SÛR/NSP . . . 8
115	Depuis que vous avez cette moustiquaire, est-ce que vous l'avez trempée ou plongée dans un liquide pour éloigner les moustiques ou les insectes ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 117) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 117) ← PAS SÛR/NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 117) ← PAS SÛR/NSP . . . 8

8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
		MOUSTIQUAIRE 1	MOUSTIQUAIRE 2	MOUSTIQUAIRE 3	
116	Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER '00'.	MOIS . . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS . . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + ... 95 PAS SÛR/NSP 98	MOIS . . . . . . [ ][ ] 3 ANS OU + . . . 95 PAS SÛR/NSP . . . 98	
117	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 119)← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 119)← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 119)← NE SAIT PAS . . . 8	
118	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? REPORTER LE NUMERO DE LIGNE A PARTIR DU TABLEAU DE MÉNAGE.	NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ]	NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ]	NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ] NOM ______ No DE LIGNE . . . . . . [ ][ ]	
119		RETOURNER À Q.111 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À Q.120.		RETOURNER À Q.111 DANS LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, SI PLUS DE MOUSTIQUAIRE DANS LE MÉNAGE, PASSER À Q.120.	
120	VÉRIFIER 115 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS UN 'OUI' [ ]↓ AUCUN 'OUI' [ ] →				122

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
121	Quel est le coût d'imprégnation ou de re-imprégnation d'une moustiquaire ?	COÛT . . . . [ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . 99995 NSP 99996	→ 122
121A	Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas, dans votre ménage, de moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	COÛT (ÉLEVÉ) . . . . A PAS DE MOUSTIQU. EN VENTE . . . . . . B IGNORANCE/MECON- NAISSANCE . . . . C PULVÉRISE CHAMBRE AVEC INSECTICIDE . . . . D AUTRE ________________________ X (DONNER LA RAISON)	
122	DEMANDER À L'ENQUÊTÉE UNE CUILLERÉE DU SEL UTILISÉ POUR LES BESOINS DU MÉNAGE, ENSUITE TESTER LE SEL POUR VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'IODE. ENREGISTRER LES PPM (PARTS PAR MILLION)	0 PPM (PAS D'IODE) . . . . 1 MOINS DE 15 PPM . . . . 2 15 PPM OU PLUS . . . . 3 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE . . . 4 SEL NON TESTÉ _______________ 6 (DONNER LA RAISON)	

10

TRAVAIL DES ENFANTS

201	VÉRIFIER COLONNES (5) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 17 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE UN OU PLUS ☐ ↓ AUCUN ☐ → ALLER A 401 REMPLISSEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE 5 A 17 ANS

POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES A LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT (S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) :
Maintenant je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travaux que font les enfants qui vivent dans ce ménage.

ENREGISTRER LE NO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT DANS L'ORDRE DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU DE MÉNAGE	ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? SI « OUI » : A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?			Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle travaillé pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ?	Au cours des 12 derniers mois, (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour quelqu'un qui n'est pas un membre de ce ménage ? SI « OUI » :A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?			Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple, faire la vaisselle, faire des courses, nettoyer, laver les vêtements, chercher de l'eau ou garder les enfants ?		Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé a faire des travaux ménagers ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait d'autres travaux pour la famille aux champs ou dans l'affaire de famille ?		Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé à faire ce type de travail aux champs ou dans l'affaire de famille ?
(202)	(203)	(204)			(205)	(206)			(207)		(208)	(209)		(210)
	NOM	OUI PAYÉ	OUI NON PAYÉ	NON		OUI PAYÉ	OUI NON PAYÉ	NON	OUI	NON		OUI	NON	
☐☐		1	2	3 ALLER À 206	☐☐	1	2	3	1	2 ALLER À 209	☐☐	1	2 LIGNE SUIVANT	☐☐
☐☐		1	2	3 ALLER À 206	☐☐	1	2	3	1	2 ALLER À 209	☐☐	1	2 LIGNE SUIVANT	☐☐
☐☐		1	2	3 ALLER À 206	☐☐	1	2	3	1	2 ALLER À 209	☐☐	1	2 LIGNE SUIVANT	☐☐
☐☐		1	2	3 ALLER À 206	☐☐	1	2	3	1	2 ALLER À 209	☐☐	1	2 LIGNE SUIVANT	☐☐
☐☐		1	2	3 ALLER À 206	☐☐	1	2	3	1	2 ALLER À 209	☐☐	1	2 LIGNE SUIVANT	☐☐
☐☐		1	2	3 ALLER À 206	☐☐	1	2	3	1	2 ALLER À 209	☐☐	1	2 LIGNE SUIVANT	☐☐

ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES "DU FAIT DU SIDA"

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		PASSER A
401	VÉRIFIER COLONNE 7 DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE : Y A-T-IL UN ENFANT DE 0-17 ANS ? AU MOINS UN ENFANT ÂGÉ 0-17 ☐ AUCUN ENFANT ÂGÉ 0-17 ☐ → 500A		500A
402	Je voudrais que vous pensiez aux 12 derniers mois. Est-ce qu'un membre de votre ménage est décédé au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 405
403	De ceux qui sont décédés au cours des 12 derniers mois, y a-t-il des personnes dont l'âge se situe entre 18 et 59 ans ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 405
404	De ceux qui sont décédés au cours des 12 derniers mois et étaient âgés de 18 à 59 ans, y a-t-il quelqu'un qui était gravement malade pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois avant de mourir ?	OUI . . . . 1 NON 2	→ 408
405	VÉRIFIER LES COLONNES 14 ET 17 DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE. UNE MÈRE OU UN PÈRE DÉCÉDÉ(E) ? PAS DE MÈRE/ PAS DE PÈRE DÉCÉDÉ(E) ☐ AU MOINS UNE MÈRE OU UN PÈRE DÉCÉDÉ(E) ☐ → 408		408
406	VÉRIFIER LA COLONNE 12 DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE : UN ADULTE ÂGÉ DE 18-59 TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? PAS D'ADULTE MALADE ☐ AU MOINS UN ADULTE MALADE ☐ → 408		408
407	VÉRIFIER LES COLONNES 16 ET 19 DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE : UNE MÈRE OU UN PÈRE MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? AU MOINS UNE MÈRE OU UN PÈRE MALADE ☐ PAS DE MÈRE/ PAS DE PÈRE MALADE ☐ → 500A		500A

12

408	LISTER TOUS LES ENFANTS DE 0-17 ANS. ENREGISTRER LES NOMS, LES NUMÉROS DE LIGNE ET LES ÂGES DE TOUS LES ENFANTS. POSER TOUTES LES QUESTIONS POUR UN ENFANT AVANT DE PASSER À L'ENFANT SUIVANT.				
409	NOM (COLONNE 2) NUMÉRO DE LIGNE (COLONNE 1) ÂGE (COLONNE 7)	1ER ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐	2ÈME ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐	3ÈME ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐	4ÈME ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐
410	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour (NOM) et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire. Il faut se rappeler qu'il s'agit de soutien pour lequel vous n'avez pas payé.				
411	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le support que votre ménage a reçu pour (NOM). Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8
412	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé, ou du support spirituel ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 414) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 414) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 414) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 414) NSP 8
413	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8
414	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 416) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 416) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 416) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 416) NSP 8
415	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8
416	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 418) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 418) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 418) NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 418) NSP 8
417	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8
418	VÉRIFIER 409 : ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐
419	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8
420		RETOURNER À 408 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 500A.			

13

408	LISTER TOUS LES ENFANTS DE 0-17 ANS. ENREGISTRER LES NOMS, LES NUMÉROS DE LIGNE ET LES ÂGES DE TOUS LES ENFANTS. POSER TOUTES QUESTIONS POUR UN ENFANT AVANT DE PASSER À L'ENFANT SUIVANT.				
409	NOM (COLONNE 2) NUMÉRO DE LIGNE (COLONNE 1) ÂGE (COLONNE 7)	5ÈME ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐	6ÈME ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐	7ÈME ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐	8ÈME ENFANT NOM ______ NUMÉRO DE LIGNE ☐☐ ÂGE ☐☐
410	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour (NOM) et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire. Il faut se rappeler qu'il s'agit de soutien pour lequel vous n'avez pas payé.				
411	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le support que votre ménage a reçu pour (NOM). Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments ?	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8
412	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé, ou du support spirituel ?	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 414) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 414) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 414) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 414) NSP 8
413	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois ?	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8
414	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier ?	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 416) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 416) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 416) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 416) NSP 8
415	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois ?	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8
416	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives ?	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 418) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 418) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 418) NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 (PASSER À 418) NSP 8
417	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois ?	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8
418	VÉRIFIER 409 : ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐	ÂGE 0-4 ☐ (PASSER À 420) ÂGE 5-17 ☐
419	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures ?	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8	OUI .... 1 NON.......... 2 NSP 8
420		RETOURNER À 408 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 500A.			

14

500A VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE :

MÉNAGE SELECTIONNÉ POUR VIOLENCES DOMESTIQUES (SECTION 10), PAS D'ENQUÊTE HOMME

OUI ☐ **NON** ☐ → **CONTINUER À Q.500C**

AU MOINS UNE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE ☐ **PAS DE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE** ☐ → **FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

500B **Tableau de sélection de la femme pour les "violences domestiques"**

CES QUESTIONS SONT POSÉES DANS TOUS LES MÉNAGES DE L'ÉCHANTILLON OÙ IL N'Y A PAS ENQUÊTE HOMME.

CEPENDANT, UNE SEULE FEMME SERA ENQUÊTÉE PAR MENAGE POUR CETTE SECTION : LE TABLEAU CI-APRÈS PERMET DE SÉLECTIONNER AU HASARD CETTE FEMME DANS LE MÉNAGE.

1- IL N'Y A QU'UNE SEULE FEMME ÉLIGIBLE DANS LE MÉNAGE

À LA PREMIÈRE LIGNE DU TABLEAU SUIVANT, INSCRIRE LE NOM, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME (VOIR COLONNE (7) DU TABLEAU DE MÉNAGE : CETTE FEMME SERA ENQUÊTÉE SUR LES "VIOLENCES DOMESTIQUES".

2- IL Y A PLUSIEURS FEMMES ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE

1- DANS LE TABLEAU, INSCRIRE LE NOM, L'ÂGE ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES (VOIR COLONNE (7) DU TABLEAU DE MÉNAGE), EN COMMENÇANT PAR LA PLUS ÂGÉE ET EN TERMINANT PAR LA PLUS JEUNE.

2- PRENEZ LE DERNIER CHIFFRE DU NUMÉRO DE MÉNAGE INSCRIT SUR LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE ET ENCERCLEZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT DANS LA LIGNE DES INTITULÉS DU TABLEAU SUIVANT. DESCENDEZ LA COLONNE IDENTIFIÉE PAR CE CHIFFRE JUSQU'À LA LIGNE CORRESPONDANT À LA DERNIÈRE FEMME ENREGISTRÉE DANS LE TABLEAU. ENCECLEZ LE CHIFFRE CORRECPONDANT AU CROISEMENT DE CETTE COLONNE ET DE CETTE LIGNE.

3- CE CHIFFRE VOUS DONNE LE NUMÉRO D'ORDRE DE LA FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LA SECTION 10 DU QUESTIONNAIRE FEMME (LA 1ère, 2ème, 3ème, ETC,…FEMME LISTÉE). ENCERCLEZ ALORS DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE CETTE FEMME SÉLECTIONNÉE.

NUMÉRO D'ORDRE	NOM DE LA FEMME	ÂGE DE LA FEMME	NUMÉRO DE LIGNE DANS LE TABLEAU MÉNAGE	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**0**
1ère				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2è				2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
3è				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1
4è				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
5è				4	5	1	2	3	4	5	1	2	3
6è				4	5	6	1	2	3	4	5	6	1
7è				3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
8è				3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
9è				2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
10è				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

500C VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE :

MÉNAGE SELECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE HOMME/TESTS ANÉMIE ET VIH/ANTHROPOMÉTRIE ?

OUI ☐ **NON** ☐ → **FIN DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

501	VÉRIFIER COLONNE 11. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT ÉLIGIBLE DE 0-5 ANS EN Q.502. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.			
		ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
502	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . . . NOM ________	N° DE LIGNE . . . . . . NOM ________	N° DE LIGNE . . . . . . NOM ________
503	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET ANNÉE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER LE JOUR, MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE.	JOUR . . . . . . MOIS . . . . . . AN .	JOUR . . . . . . MOIS . . . . . . AN .	JOUR . . . . . . MOIS . . . . . . AN .
504	VÉRIFIER 503 : ENFANT NÉ EN JANVIER 2002 OU PLUS TARD ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515)
505	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. . . . __ __ , __	KG. . . . __ __ , __	KG. . . . __ __ , __
506	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. __ __ __ , __	CM. __ __ __ , __	CM. __ __ __ , __
507	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ . . . . . 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ . . . . . 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ . . . . . 1 DEBOUT 2
507A	ŒDÈMES ?	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
508	RESULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ . . . . . 1 ABSENT . . . . . 2 REFUS . . . . . 3 AUTRE 6	MESURÉ . . . . . 1 ABSENT . . . . . 2 REFUS . . . . . 3 AUTRE 6	MESURÉ . . . . . 1 ABSENT . . . . . 2 REFUS . . . . . 3 AUTRE 6
509	VÉRIFIER 503 : SI ENFANT DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE, NÉ AU COURS DU MOIS DE L'INTERVIEW OU DES CINQ DERNIERS MOIS?	0-5 MOIS . . . . . 1 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . . 1 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . . 1 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515) PLUS ÂGÉ 2
510	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (COLONNE 1) NOTER '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE	N° DE LIGNE
511	LISER LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE. ENCERCLER CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ . . . . . 1 ________ (SIGNER) REFUSÉ . . . . . 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 513)	ACCORDÉ . . . . . 1 ________ (SIGNER) REFUSÉ . . . . . 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 513)	ACCORDÉ . . . . . 1 ________ (SIGNER) REFUSÉ . . . . . 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 513)
512	NOTER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE	G/DL . __ __ , __	G/DL . __ __ , __	G/DL . __ __ , __
513	CODE RESULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉ . . . . . 1 ABSENT . . . . . 2 REFUS . . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉ . . . . . 1 ABSENT . . . . . 2 REFUS . . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉ . . . . . 1 ABSENT . . . . . 2 REFUS . . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6
514	RETOURNER À 503 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU LA 1e COLONNE DU NOUVEAU QUEST. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515.			

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE POUR LES ENFANTS

Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous demandons que tous les enfants nés en 2002 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test.

Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont confidentiels.

Avez-vous des questions? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.

Autorisez-vous que (NOM(S) DE(S) L'ENFANT(S)) participe(nt) au test d'anémie?

17

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE CHEZ LES ENFANTS DE 0-5 ANS

501	VÉRIFIER COLONNE 11. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET L'ÂGE DE CHAQUE ENFANT ÉLIGIBLE DE 0-5 ANS EN Q.502. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.			
		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
502	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 11 NOM DE LA COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________	N° DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________	N° DE LIGNE . . . . . . ☐☐ NOM ________
503	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET ANNÉE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER LE JOUR, MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE.	JOUR . . . . . . ☐☐ MOIS . . . . . . ☐☐ AN . ☐☐☐☐	JOUR . . . . . . ☐☐ MOIS . . . . . . ☐☐ AN . ☐☐☐☐	JOUR . . . . . . ☐☐ MOIS . . . . . . ☐☐ AN . ☐☐☐☐
504	VÉRIFIER 503 : ENFANT NÉ EN JANVIER 2002 OU PLUS TARD ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515)
505	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. . . . ☐☐,☐	KG. . . . ☐☐,☐	KG. . . . ☐☐,☐
506	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. ☐☐☐,☐	CM. ☐☐☐,☐	CM. ☐☐☐,☐
507	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2	ALLONGÉ . . . . 1 DEBOUT 2
507A	ŒDÈMES ?	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2
508	RESULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6
509	VÉRIFIER 503 : SI ENFANT DE 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE, NÉ AU COURS DU MOIS DE L'INTERVIEW OU DES CINQ DERNIERS MOIS?	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS . . . . 1 (ALLER À 503 DANS COL. SUIV. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515) PLUS ÂGÉ 2
510	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (COLONNE 1) NOTER '00' SI NON LISTÉ.	N° DE LIGNE ☐☐	N° DE LIGNE ☐☐	N° DE LIGNE ☐☐
511	LISER LE CONSENTEMENT AU PARENT/ADULTE RESPONSABLE . ENCERCLER CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ . . . . 1 ________ (SIGNER) REFUSÉ . . . . 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 513)	ACCORDÉ . . . . 1 ________ (SIGNER) REFUSÉ . . . . 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 513)	ACCORDÉ . . . . 1 ________ (SIGNER) REFUSÉ . . . . 2 (SI REFUSÉ, PASSER À 513)
512	NOTER LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE	G/DL . ☐☐,☐	G/DL . ☐☐,☐	G/DL . ☐☐,☐
513	CODE RESULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6
514	RETOURNER À 503 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU LA 1e COLONNE DU NOUVEAU QUEST. ; SI PLUS D'ENFANTS ALLER À 515.			

COCHER ICI SI UN AUTRE QUESTIONNAIRE EST UTILISÉ ☐

MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE - TEST VIH CHEZ LES FEMMES DE 15-49 ANS

515	VÉRIFIER COLONNE 9. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS À LA QUESTION 516. S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. POUR CHAQUE FEMME ÉLIGIBLE, LE CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉ À 528 ET POUR LE TEST DE VIH À 530.			
		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
516	N° DE LIGNE DE COLONNE 9 NOM DE COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ______________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ______________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ______________
517	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. . . . [ ][ ][ ] , [ ]	KG. . . . [ ][ ][ ] , [ ]	KG. . [ ][ ][ ] , [ ]
518	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. . . . [ ][ ][ ] , [ ]	CM. . . . [ ][ ][ ] , [ ]	CM. . [ ][ ][ ] , [ ]
519	RESULTAT : MESURES DU POIDS ET DE LA TAILLE	MESURÉE . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6	MESURÉE . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6	MESURÉE . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6
520	ÂGE : VÉRIFIER COLONNE 7	15-17 ANS . . . . 1 18-49 ANS . . . . 2 (PASSER À 523)	15-17 ANS . . . . 1 18-49 ANS . . . . 2 (PASSER À 523)	15-17 ANS . . . . 1 18-49 ANS . . . . 2 (PASSER À 523)
521	ÉTAT MATRI-MONIAL : VÉRI-FIER COL.8	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE . . . . 2 (PASSER À 523)	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE . . . . 2 (PASSER À 523)	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE . . . . 2 (PASSER À 523)
522	ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE. ENREGISTRER '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE.	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE [ ][ ]	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE . [ ][ ]	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE . [ ][ ]
523	LIRE LE CON-SENTEMENT DU TEST D'ANÉMIE. POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION, DEMANDER LE CONSENTE-MENT DU PA-RENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 522 AVANT CELUI DE L'ENQUÊTÉE.	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉ . . . 3 ______________ (SIGNER) (SI REFUSÉ, PASSER À 525).	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉ . . . 3 ______________ (SIGNER) (SI REFUSÉ, PASSER À 525).	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉ . . . 3 ______________ (SIGNER) (SI REFUSÉ, PASSER À 525).

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE

LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉE. ENCERCLER LE CODE '1' À 523 SI L'ENQUÊTÉE ACCEPTE LE TEST D'ANÉMIE ET CODE '3' SI ELLE REFUSE.
POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 522 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESCENTE ELLE-MÊME. ENCERCLER LE CODE '2' À 523 SI LE PARENT/ADULTE REFUSE. N'EFFECTUER LE TEST QUE SI LES DEUX CONSENTEMENTS, CELUI DU PARENT/ADULTE ET DE L'ADOLESCENTE ENQUÊTÉE, ONT ÉTÉ OBTENUS.

Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.
Pour le test d'anémie, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test.
Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont confidentiels.
Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.
Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test d'anémie ? [ENQUÊTÉE : Acceptez-vous de participer au test d'anémie ?]

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	N° DE LIGNE DE COLONNE 9 NOM DE COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ____________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ____________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ____________
524	VÉRIFIER À Q.226 DU QUEST. FEMME OU DEMANDER : Êtes-vous enceinte ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8 2
525	LIRE LE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH. POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 522 AVANT CELUI DE L'ENQUÊTÉE.	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉE . . . . . . 3 ____________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉE . . . . . . 3 ____________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉE . . . . . . 3 ____________ (SIGNER)
526	VÉRIFIER LES QUESTIONS 523 ET 525 ET PRÉPARER LES INSTRUMENTS NECESSAIRES POUR LE(S) TEST(S) POUR LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU. PUIS, EFFECTUER LE(S) TEST(S). POUR CHAQUE FEMME ÉLIGIBLE, LE CODE DU RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉ À 528, ET POUR LE TEST VIH À 530, MÊME SI ELLE N'ÉTAIT PAS PRÉSENTE, A REFUSÉ, OU NE POUVAIT PAS ÊTRE TESTÉE POUR D'AUTRES RAISONS.			
527	NOTER NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]
528	RESULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉE . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUSÉ . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉE . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUSÉ . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉE . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUSÉ . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6
529	ÉTIQUETER LE CODE À BARRES	COLLER LE 1er CODE BARRE ICI COLLER LE 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE, ET LE 3e SUR LA FICHE DE TRANS-MISSION DES PRÉLÈVEMENTS	COLLER LE 1er CODE BARRE ICI COLLER LE 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE, ET LE 3e SUR LA FICHE DE TRANS-MISSION DES PRÉLÈVEMENTS	COLLER LE 1er CODE BARRE ICI COLLER LE 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE, ET LE 3e SUR LA FICHE DE TRANS-MISSION DES PRÉLÈVEMENTS
530	CODE RESULTAT DU TEST DU VIH	SANG PRÉLEVÉ . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUSÉ . . . . 3 AUTRE 6	SANG PRÉLEVÉ . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUSÉ . . . . 3 AUTRE 6	SANG PRÉLEVÉ . . . . 1 ABSENTE . . . . 2 REFUSÉ . . . . 3 AUTRE 6

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH

LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉE. ENCERCLER LE CODE '1' À 525 SI L'ENQUÊTÉE ACCEPTE LE TEST DE VIH ET CODE '3' SI ELLE REFUSE.

POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 522 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESENTE ELLE-MÊME. ENCERCLER LE CODE '2' À 525 SI LE PARENT/ADULTE RÉFUSE. N'EFFECTUER LE TEST QUE SI LES DEUX CONSENTEMENTS, CELUI DU PARENT/ADULTE ET CELUI DE L'ADOLESCENTE ENQUÊTÉE, ONT ÉTÉ OBTENUS.

Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer au test de VIH. Le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie très grave. Le test de VIH est effectué dans cette enquête pour mesurer la gravité du problème du SIDA au Congo Démocratique. Pour ce test, nous utilisons quelques gouttes de sang prélevé d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test.
Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats.
Si vous voulez savoir si vous avez le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerais également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres pour vous (et pour votre partenaire si vous le désirez).
Avez-vous des questions? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.
Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test de VIH? [ENQUÊTÉE : Acceptez-vous de participer au test de VIH ?]

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	N° DE LIGNE DE COLONNE 9 NOM DE COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ____________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ____________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ____________
530A	VÉRIFIER 530 : PARTICIPATION AU TEST DE VIH	SANG PRIS [ ] ↓ SANG PAS PRIS [ ] → PASSER À LA FEMME SUIVANTE	SANG PRIS [ ] ↓ SANG PAS PRIS [ ] → PASSER À LA FEMME SUIVANTE	SANG PRIS [ ] ↓ SANG PAS PRIS [ ] → PASSER À LA FEMME SUIVANTE
530B	LIRE LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES. POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 522 AVANT D'OBTENIR CELUI DE L'ENQUÊTÉE.	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSIBLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉE . . . 3 ____________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSIBLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉE . . . 3 ____________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSIBLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉE REFUSÉE . . . 3 ____________ (SIGNER)
530C	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	VÉRIFIER 530B : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIRE "PAS D'AUTRES TESTS" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIER 530B : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIRE "PAS D'AUTRES TESTS" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIER 530B : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIRE "PAS D'AUTRES TESTS" SUR LE PAPIER FILTRE.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉE. ENCERCLER LE CODE '1' À 530B SI L'ENQUÊTÉE ACCEPTE LE TEST ET CODE '3' SI ELLE REFUSE.

POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 522 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESENTE ELLE-MÊME. ENCERCLER LE CODE '2' À 530B SI LE PARENT/ADULTE RÉFUSE.

Nous vous demandons d'autoriser le (ORGANISME EN CHARGE DE L'ENQUÊTE/MINISTÈRE DE LA SANTÉ) de conserver une partie de l'échantillon de sang au laboratoire pour être utilisé dans le futur pour des tests ou recherches. Nous ne savons pas exactement quels tests seront effectués.

Aucun nom ou aucune autre donnée qui pourrait vous identifier (vous/NOM DE L'ADOLESCENTE) ne sera lié à l'échantillon de sang. Vous n'êtes pas obligé d'accepter.
Si vous ne voulez pas que l'on conserve l'échantillon de sang pour une utilisation future, (vous/NOM DE L'ADOLESCENTE) vous pouvez quand même participer au test du VIH de cette enquête.
Nous autorisez-vous à conserver l'échantillon de sang pour des tests ou recherches futures ?

MESURES DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE - TEST VIH CHEZ LES HOMMES DE 15-59 ANS

531	VÉRIFIER COLONNE 10. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS A LA QUESTION 532. S'IL Y A PLUS DE 3 HOMMES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. POUR CHAQUE HOMME ÉLIGIBLE, LE CODE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉ À 543 ET POUR LE TEST DE VIH À 545.			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
532	N° DE LIGNE COLONNE 10 NOM DE COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . NOM ____	N° DE LIGNE . . . . NOM ____	N° DE LIGNE . . . . NOM ____
536	ÂGE: VÉRIFIER COLONNE 7	15-17 ANS . . . . 1 18-59 ANS . . . . 2 (PASSER À 539)	15-17 ANS . . . . 1 18-59 ANS . . . . 2 (PASSER À 539)	15-17 ANS . . . . 1 18-59 ANS . . . . 2 (PASSER À 539)
537	ÉTAT MATRIMONIAL : VÉRIFIER COL.8	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE . . . . 2 (PASSER À 539)	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE . . . . 2 (PASSER À 539)	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) 1 AUTRE . . . . 2 (PASSER À 539)
538	ENREGISTRER LE Nº DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENT. ENREGISTRER '00' SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE.	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE .	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE .	N° DE LIGNE DU PARENT/ ADULTE RESPONSABLE .
539	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST D'ANÉMIE. POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 538 AVANT CELUI DE L'ENQUÊTÉ.	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ____ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ____ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ____ (SIGNER)

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE

LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉ. ENCERCLER LE CODE '1' À 539 SI L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LE TEST D'ANÉMIE ET CODE '3' S'IL REFUSE.
POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 538 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESCENT LUI-MÊME. ENCERCLER LE CODE '2' À 539 SI LE PARENT/ADULTE REFUSE. N'EFFECTUER LE TEST QUE SI LES DEUX CONSENTEMENTS, CELUI DU PARENT/ADULTE ET DE L'ADOLESCENT ENQUÊTÉ, ONT ÉTÉ OBTENUS.

Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.
Pour le test d'anémie, nous avons besoin de quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test.
Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont confidentiels.
Avez-vous des questions ? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.
Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test d'anémie ? [ENQUÊTÉ : Acceptez-vous de participer au test d'anémie ?]

22

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	N° DE LIGNE COLONNE 10 NOM DE COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ________	N° DE LIGNE . . . . [ ][ ] NOM ________
540	LIRE LE CONSENTEMENT DU TEST DE VIH. POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ ADULTE IDENTIFIÉ À 538 AVANT CELUI DE L'ENQUÊTÉ.	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ________ (SIGNER)
541	VÉRIFIER LES QUESTIONS 539 ET 540 ET PRÉPARER LES INSTRUMENTS NECESSAIRES POUR LE(S) TEST(S) POUR LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU. PUIS, EFFECTUER LE(S) TEST(S). POUR CHAQUE HOMME ÉLIGIBLE, LE CODE DU RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉ À 543, ET POUR LE TEST VIH À 545, MÊME S'IL N'ÉTAIT PAS PRÉSENT, A REFUSÉ, OU NE POUVAIT PAS ÊTRE TESTÉ POUR D'AUTRES RAISONS.			
542	NOTER NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET SUR LA BROCHURE SUR L'ANÉMIE **(9)**	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]	G/DL . . . . . . [ ][ ] , [ ]
543	RESULTAT DU TEST D'ANÉMIE	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6	MESURÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 PROB. TECH. . . . . 4 AUTRE 6
544	ÉTIQUETER LE CODE À BARRES	COLLER LE 1er CODE BARRE ICI COLLER LE 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ, ET LE 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS	COLLER LE 1er CODE BARRE ICI COLLER LE 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ, ET LE 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS	COLLER LE 1er CODE BARRE ICI COLLER LE 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ, ET LE 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
545	RESULTAT DU TEST DU VIH	SANG PRÉLEVÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6	SANG PRÉLEVÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6	SANG PRÉLEVÉ . . . . 1 ABSENT . . . . 2 REFUS . . . . 3 AUTRE 6

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LE TEST DE VIH

LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉ. ENCERCLER LE CODE '1' À 540 SI L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LE TEST DE VIH ET CODE '3' S'IL REFUSE.

POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 538 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESENT LUI-MÊME. ENCERCLER LE CODE '2' À 540 SI LE PARENT/ADULTE RÉFUSE. N'EFFECTUER LE TEST QUE SI LES DEUX CONSENTEMENTS, CELUI DU PARENT/ADULTE ET CELUI DE L'ADOLESCENT ENQUÊTÉ, ONT ÉTÉ OBTENUS.

Dans cette enquête, nous demandons aux gens dans tout le pays de participer au test de VIH. Le VIH est le virus qui cause le SIDA. Le SIDA est une maladie très grave. Le test de VIH est effectué dans cette enquête pour mesurer la gravité du problème du SIDA au Congo Démocratique.
Pour ce test, nous utilisons quelques gouttes de sang prélevé d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test.
Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats.
Si vous voulez savoir si vous avez le VIH, je peux vous fournir la liste des centres les plus proches qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerais également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres pour vous (et pour votre partenaire si vous le désirez).
Avez-vous des questions? Vous pouvez dire OUI pour le test, ou NON. C'est votre décision.
Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test de VIH? [ENQUÊTÉ : Acceptez-vous de participer au test de VIH ?]

23

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	N° DE LIGNE COLONNE 10 NOM DE COLONNE 2	N° DE LIGNE . . . . ☐☐ NOM ________	N° DE LIGNE . . . . ☐☐ NOM ________	N° DE LIGNE . . . . ☐☐ NOM ________
545A	VÉRIFIER 545 : PARTICIPATION AU TEST DE VIH	SANG PRIS ☐ SANG PAS PRIS ☐ → PASSER À L'HOMME SUIVANT	SANG PRIS ☐ SANG PAS PRIS ☐ → PASSER À L'HOMME SUIVANT	SANG PRIS ☐ SANG PAS PRIS ☐ → PASSER À L'HOMME SUIVANT
545B	LIRE LE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES. POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS JAMAIS EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 538 AVANT D'OBTENIR CELUI DE L'ENQUÊTÉ.	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ________ (SIGNER)	ACCORDÉ . . . . 1 PARENT/ ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 2 ENQUÊTÉ REFUSÉ . . . . . . 3 ________ (SIGNER)
545C	TESTS SUPPLÉMENTAIRES	VÉRIFIER 545B : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIRE "PAS D'AUTRES TESTS" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIER 545B : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIRE "PAS D'AUTRES TESTS" SUR LE PAPIER FILTRE.	VÉRIFIER 545B : SI LE CONSENTEMENT N'A PAS ÉTÉ ACCORDÉ, ÉCRIRE "PAS D'AUTRES TESTS" SUR LE PAPIER FILTRE.

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR DES TESTS SUPPLÉMENTAIRES

LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉ. ENCERCLER LE CODE '1' À 545B SI L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LE TEST ET CODE '3' S'ÍL REFUSE.

POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À 538 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESENT LUI-MÊME. ENCERCLER LE CODE '2' À 545B SI LE PARENT/ADULTE RÉFUSE.

Nous vous demandons d'autoriser le (ORGANISME EN CHARGE DE L'ENQUÊTE/MINISTÈRE DE LA SANTÉ) de conserver une partie de l'échantillon de sang au laboratoire pour être utilisé dans le futur pour des tests ou recherches. Nous ne savons pas exactement quels tests seront effectués.

Aucun nom ou aucune autre donnée qui pourrait vous identifier (vous/NOM DE L'ADOLESCENT) ne sera lié à l'échantillon de sang. Vous n'êtes pas obligé d'accepter.
Si vous ne voulez pas que l'on conserve l'échantillon de sang pour une utilisation future, (vous/NOM DE L'ADOLESCENT) vous pouvez quand même participer au test du VIH de cette enquête.
Nous autorisez-vous à conserver l'échantillon de sang pour des tests ou recherches futures ?

MINISTÈRE DU PLAN | RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
QUESTIONNAIRE FEMME

Confidentiel

IDENTIFICATION

POOL D'ENQUÊTE ______	POOL ☐☐
NOM DE LA LOCALITÉ (QUARTIER/VILLAGE) ______	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE ______	
NUMÉRO DE LA GRAPPE	GRAPPE ☐☐☐
NUMÉRO DU MÉNAGE	MENAGE ☐☐☐
PROVINCE	PROVINCE ☐☐
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU ☐
KINSHASA - CAPITALE PROVINCIALE - AUTRE VILLE - CITÉ - RURAL . . . . . . (KINSHASA=1, CAPITALE PROVINCIALE=2, AUTRE VILLE=3, CITÉ=4, RURAL=5)	RÉSIDENCE ☐
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME ______	Nº DE LIGNE ☐☐
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : EST-CE QUE LE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LES QUESTIONS SUR LES "VIOLENCES DOMMESTIQUES"? SI 'NON' INSCRIVEZ '2' DANS LA CASE DE DROITE. SI 'OUI' : **VÉRIFIER TABLEAU 500B LA SÉLECTION DES FEMMES ÉLIGIBLES POUR LA SECTION SUR LES "VIOLENCES DOMESTIQUES"**. LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A-T-ELLE ÉTÉ SÉLECTIONNÉE ? SI 'OUI' INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE, SI 'NON' INSCRIVEZ '2'	FEMME SELECT. ☐

VISITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR ☐☐ MOIS ☐☐ ANNÉE 2 0 0 7
NOM DE L'ENQUÊTRICE	______	______	______	NOM ☐☐☐
RÉSULTAT*	______	______	______	RÉSULTAT ☐
PROCHAINE VISITE : DATE	______	______		NOMBRE TOTAL DE VISITES ☐
HEURE	______	______		

*CODES RÉSULTAT :
1 REMPLI
2 PAS À LA MAISON
3 DIFFÉRÉ
4 REFUSÉ
5 REMPLI PARTIELLEMENT
6 INCAPACITÉ
7 AUTRE ______ (PRÉCISER)

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS 1 | LANGUE DE L'INTERVIEW** ______ ☐ | INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) ☐

**CODES LANGUE :
1 FRANÇAIS
2 KIKONGO
3 LINGALA
4 SWAHILI
5 TSHILUBA
6 AUTRES

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______ ☐☐☐ DATE ______	NOM ______ ☐☐☐ DATE ______	☐☐	☐☐

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est ____________________________ et je travaille pour le Ministère du Plan. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête ?
Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : ____________________ Date : ____________

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . 1 ↓ L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS . . . 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. ____________________	GRANDE VILLE . . . . 1 VILLE . . . . 2 RURAL 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES . . . . [ ][ ] TOUJOURS . . . . 95 VISITEUR 96	95, 96 → 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. ____________________	GRANDE VILLE . . . . 1 VILLE . . . . 2 RURAL 3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS . . . . [ ][ ] NSP MOIS . . . . 98 ANNÉE . . . . [1][9][ ][ ] NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ]	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI . . . . 1 NON 2	2 → 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE . . . . 1 SECONDAIRE . . . . 2 SUPÉRIEUR 3	

2

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau ?	ANNÉE . . . . [ ][ ]	
110	VÉRIFIER 108 : PRIMAIRE [ ] ↓ SECONDAIRE OU PLUS [ ]		→ 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à haute voix ; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT . . . . 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES . . . 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE . . . . . . 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT ______________ 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE/HANDICAPÉE VISUELLEMENT 5	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI . . . . 1 NON 2	
113	VÉRIFIER 111 : CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ [ ] ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ [ ]		→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre localité et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES . . . . [ ][ ] AUCUN 00	 → 119
118	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ?	OUI . . . . 1 NON 2	
119	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE . . . . 01 PROTESTANTE . . . . 02 ARMÉE DU SALUT . . . . 03 KIMBANGUISTE . . . . 04 AUTRE CHRÉTIENS . . . . 05 MUSULMANE . . . . 06 ANIMISTE . . . . 07 SANS RELIGION . . . . 08 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	

3

N^{O}.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
120	Quelle est votre tribu ? _______________________ (INSCRIRE LE NOM DE LA TRIBU)	BAKONGO DU NORD ET DU SUD DE FLEUVE . . . . 01 BAS-KASAÏ ET KWILU-KWANGO . . . 02 CUVETTE CENTRALE . . . . 03 UBANGI ET ITIMBIRI-NGIRI . . . . 04 UELE; LAC ALBERT . . . . 05 BASELE-KOMO, MANIEMA ET KIVU . 06 KASAÏ; KATANGA; TANGANIKA . . . . . . 07 LUNDA . . . . 08 PYGMÉE . . . . 09 AUTRE _______________________ 96 (PRÉCISER)	
120A	Je voudrais maintenant vous poser une question sur la tribu d'appartenance de vos parents biologique à vous. Sont(étaient)-ils de la même tribu ?	OUI . . . . 1 NON 2	

4

SECTION 2. REPRODUCTION

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 206
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON . . . . [ ][ ] FILLES À LA MAISON . . . . [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS . . . . [ ][ ] FILLES AILLEURS . . . . [ ][ ]	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES . . . . [ ][ ]	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL . . . . [ ][ ]	
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE OU PLUS [ ] ↓ AUCUNE [ ] →		→ 226

5

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1[ère] que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.									
212 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	213 (NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	214 (NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2

6

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE :	218 SI EN VIE :	219 SI EN VIE :	220 SI DÉCÉDÉ :	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ☐☐ (ALLER À 221)	JOURS 1 ☐☐ MOIS 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI 1 NON 2
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ☐☐ (ALLER À 221)	JOURS 1 ☐☐ MOIS 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI 1 NON 2
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ☐☐ (ALLER À 221)	JOURS 1 ☐☐ MOIS 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI 1 NON 2
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ☐☐ (ALLER À 221)	JOURS 1 ☐☐ MOIS 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI 1 NON 2
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ☐☐ ANNÉE ☐☐☐☐	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES ☐☐	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE ☐☐ (ALLER À 221)	JOURS 1 ☐☐ MOIS 2 ☐☐ ANNÉES 3 ☐☐	OUI 1 NON 2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI . . . . 1 AJOUTER LA NAISSANCE À Q.212 ← NON 2
223	COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES SONT ÉGAUX ☐ ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS ☐ → (INSISTER ET CORRIGER) VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ. POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.	☐ ☐ ☐ ☐
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2002 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	☐

7

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PAS SÛRE 8	 → 229 (NON, PAS SÛRE)
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS . . . . . [ ][ ]	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus/ne pas avoir d'enfant ?	À CE MOMENT-LÀ . . . . . 1 PLUS TARD . . . . . 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS . . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ]	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2002 OU PLUS TARD [ ] ↓ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2002 [ ] →		237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS . . . . . [ ][ ]	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 237
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2002 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2002 ?	MOIS . . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ]	

8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? ____________________ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS . . . . 1 IL Y A ... SEMAINES . . . 2 IL Y A ... MOIS . . . . 3 IL Y A ... ANNÉES . . . . . . 4 EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	2, 8 → 240
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1 PENDANT LES RÈGLES . . . . 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES . . . 4 AUTRE ________________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
240	Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?	OUI . . . . 1 NON 2	2 → 301
241	Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?	OUI . . . . 1 NON 2	2 → 301
242	Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous. Est-ce que vous avez fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PAS SÛRE 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

ENCERCLER LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
10	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ↓	OUI . . . . 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . 1 _____________ (PRÉCISER) _____________ (PRÉCISER) NON 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 OUI . . . . 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302 : PAS UN SEUL "OUI" (N'A JAMAIS UTILISÉ) ☐ ↓ AU MOINS UN "OUI" (A DÉJÀ UTILISÉ) ☐ →		307

N^O^.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	 → 329
306	Qu' avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS . . . . . . [ ][ ]	
308	VÉRIFIER 302 (01) : FEMME NON STÉRILISÉE [ ] ↓ FEMME STÉRILISÉE [ ]		→ 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE [ ] ↓ ENCEINTE [ ]		→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	 → 329
311 311A	Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.	STÉRILISATION FÉMININE . . . A STÉRILISATION MASCULINE . . . B PILULE . . . C DIU . . . D INJECTIONS . . . E IMPLANTS . . . F CONDOM . . . G CONDOM FÉMININ . . . H DIAPHRAGME . . . I COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . J CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . L RETRAIT . . . M AUTRE ______ X (PRÉCISER)	→ 313 (A, B) → 316A (D–X)
312	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ?	COÛT/MOIN CHER . . . 01 PLUS DISPONIBLE . . . 02 M'A ÉTÉ PRESCRIT . . . 03 PLUS EFFICACE . . . 04 PAS EFFETS SECONDAIRES . . . 05 ÇA ME CONVIENT . . . 06 SEULE METHODE CONNUE . . . 07 MÉTHODE RÉVERSIBLE . . . 08 AUTRE ______ 96 (PRECISER)	→ 316A

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
313	Où a eu lieu la stérilisation ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. __________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 11 CLINIQUE . . . . 12 CENTRE/POSTE DE SANTÉ . 13 MATERNITÉ . . . . 14 AUTRE PUBLIC __________ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ . . . . 22 CABINET MÉDICAL . . . . 23 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ __________ 24 (PRÉCISER) AUTRE __________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
314	VÉRIFIER 311 : CODE 'A' ENCERCLÉ Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ? CODE 'B' ENCERCLÉ Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'a cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8	

12

<table>
<tr><th>N^O.</th><th>QUESTIONS ET FILTRES</th><th>CODES</th><th>ALLER À</th></tr>
<tr><td>316

316A</td><td>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?

Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ?

INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (PREMIERE MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?</td><td>MOIS . . . . [ ][ ]
ANNÉE . . . . [ ][ ][ ][ ]</td><td></td></tr>
<tr><td>316B</td><td colspan="2">VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 :
IL Y A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINEÉ PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNEÉ DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A
OUI [ ] NON [ ]
SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEÉ AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).</td><td></td></tr>
<tr><td>317</td><td colspan="2">VÉRIFIER 316/316A :
L'ANNÉE EST 2002 OU PLUS TARD [ ]
L'ANNÉE EST 2001 OU AVANT [ ]</td><td>

327</td></tr>
<tr><td>319</td><td>VÉRIFIER 311/311A :

ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :

SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</td><td>STÉRILISATION FÉMININE 01
STÉRILISATION MASCULINE 02
PILULE 03
DIU 04
INJECTIONS 05
IMPLANTS 06
CONDOM 07
CONDOM FÉMININ 08
DIAPHRAGME 09
COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . 10

CONTINENCE PÉRIODIQUE 12
RETRAIT 13
AUTRE MÉTHODE . . . . 96</td><td>322
331

331
331
331</td></tr>
<tr><td>320</td><td>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?

SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.

____
(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</td><td>SECTEUR PUBLIC
HÔPITAL 11
CLINIQUE 12
CENTRE/POSTE DE SANTÉ . 13
MATERNITÉ 14
AUTRE PUBLIC ________________ 16
(PRÉCISER)

SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ
HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ . 21
PHARMACIE 22
AMO-CONGO 23
CENTRE DE SANTÉ 24
CABINET MÉDICAL 25
MÉDECIN PRIVÉ 26
INFIRMIER AMBULANT 27
AGENT DE TERRAIN 28
AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________________ 29
(PRÉCISER)

AUTRE SOURCE
BOUTIQUE 31
ÉGLISE 32
PARENTS/AMIS 33

AUTRE ________________________ 96
(PRÉCISER)</td><td></td></tr>
</table>

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . 10	 → 327 → 325 → 325 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 324
323	Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322 : CODE '1' ENCERCLÉ ↓ À ce moment-là, vous-a t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ? CODE '1' NON ENCERCLÉ ↓ Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 327
326	Vous a-t-il jamais été dit par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale qu'il existait d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
327	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE . . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . . 02 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 331 → 331 → 331 → 331 → 331

14

N^{O}.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 11 CLINIQUE . . . . 12 CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . 13 MATERNITÉ . . . . 14 AUTRE PUBLIC ______________ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ . 21 PHARMACIE . . . . 22 AMOCONGO . . . . 23 CENTRE DE SANTÉ . . . . 24 CABINET MÉDICAL . . . . 25 MÉDECIN PRIVÉ . . . . 26 INFIRMIER AMBULANT . . . . 27 AGENT DE TERRAIN . . . . 28 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______________ 29 (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . 31 ÉGLISE . . . . 32 PARENTS/AMIS . . . . 33 AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	→ 331
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 331
330	Quel est cet endroit ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______________________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) Aucun autre endroit ? ENREGISTREZ TOUS ENDROITS MENTIONNÉS.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CLINIQUE . . . . B CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . C MATERNITÉ . . . . D AUTRE PUBLIC ______________ E (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCL. . . . . G PHARMACIE . . . . H AMO-CONGO . . . . I CENTRE DE SANTÉ . . . . J CABINET MÉDICAL . . . . K MÉDECIN PRIVÉ . . . . L INFIRMIER AMBULANT . . . . M AGENT DE TERRAIN . . . . N AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______________ O (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . P ÉGLISE . . . . Q PARENTS/AMIS . . . . R AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI . . . . 1 NON 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans établissement sanitaire pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 401
333	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement sanitaire vous a parlé de méthodes de planification familiale à une de ces occasions ?	OUI . . . . 1 NON 2	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2002 OU PLUS TARD ☐ ↓ PAS DE NAISSANCE EN 2002 OU PLUS TARD ☐ → 487			
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ☐☐
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM ______ VIVANT ☐ ↓ MORT ☐ ↓	NOM ______ VIVANT ☐ ↓ MORT ☐ ↓	NOM ______ VIVANT ☐ ↓ MORT ☐ ↓
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u>, vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout ?	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 407) PLUS TARD . . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 415) PLUS TARD . . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 415)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 415) PLUS TARD . . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 415)
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS . 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998	MOIS . 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998	MOIS . 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. SI NON, ENCERCLEZ CODE 'Y'	**PROF. DE LA SANTÉ** MÉDECIN . . . . . . A INFIRMIER . . . . . . B SAGE-FEMME . C ACCOUCHEUSE D **AUTRE PERSONNE** MATRONE DE VILLAGE . . . . . . E GUÉRISSEUR TRADITION. . . . F MAMAN DU QUART./ VILLAGE . . . . . . G AUTRE ______ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . . Y (PASSER À 415)		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS . . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM ________________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________
410	VÉRIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS [ ] (PASSER À 412) PLUS D'UNE FOIS OU NSP [ ]		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	MOIS . . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98		
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ? Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée la taille en stature ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné un échantillon de sang ?	OUI NON POIDS . . . 1 2 TAILLE . . . 1 2 TENSION 1 2 URINE . . . 1 2 SANG 1 2		
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 415) NE SAIT PAS 8		
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
415	Durant la grossesse de (NOM), vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 417) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 423) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 423) NE SAIT PAS 8
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NO DE FOIS . . . [ ] NE SAIT PAS 8	NO DE FOIS . . . [ ] NE SAIT PAS 8	NO DE FOIS . . . [ ] NE SAIT PAS 8
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer-folate ? MONTRER COMPRIMÉ.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 419) NE SAIT PAS 8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du comprimés de fer-folate ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NO. DE JOURS [ ][ ][ ] NE SAIT PAS . . . 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8		

18

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM ______	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8		
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 423) NE SAIT PAS 8		
422	Quel était ce médicament ? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR . . . . . . A CHLOROQUINE . . . . . . B AMODIAQUINE . . . . . . C QUININE . . . . D MALAXIN . . . . E MALARITAB . . . . F ARINATE . . . . G ARTÉSUNATE . . . . H MÉFLOQUINE . . . . I MÉDICAMENT INCONNU . . . . Z AUTRE ______ X (PRÉCISER)		
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "A" NON-ENCERCLÉ ☐ (PASSER À 422E)		
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament SP/FANSIDAR pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS ☐☐		
422C	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ ☐ ↓ | AUTRE CODE ENCERCLÉ ☐ (PASSER À 422E)		
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament SP/FANSIDAR au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE . . . . . . 2 AUTRE SOURCE ______ 6 (PRÉCISER)		
422E	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "B" ENCERCLÉ ☐ ↓ | CODE "B" NON-ENCERCLÉ ☐ (PASSER À 423)		

19

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM ______	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
422F	Combien de fois avez-vous pris le médicament CHLOROQUINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS [ ][ ]		
422G	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ [ ] ↓ AUTRE CODE ENCERCLÉ [ ] (PASSER À 423)		
422H	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament CHLOROQUINE au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE ...... 2 AUTRE SOURCE ______ 6 (PRÉCISER)		
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS ...... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ...... 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS ...... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ...... 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS ...... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN .... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ...... 5 NE SAIT PAS 8
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998
425A	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil?	OUI .... 1 (PASSER À 426) ← NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 (PASSER À 426) ← NON .... 2 NE SAIT PAS 8	OUI .... 1 (PASSER À 426) ← NON .... 2 NE SAIT PAS 8
425B	Pourquoi la naissance de (NOM) n'a pas été enregistrée ?	COÛT .... 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD .... 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE______ 6 (PRECISER) NSP 8	COÛT .... 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD .... 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE______ 6 (PRECISER) NSP 8	COÛT .... 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD .... 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE______ 6 (PRECISER) NSP 8

20

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DETERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.	**PROF. DE SANTÉ** MÉDECIN ...... A INFIRMIER ...... B SAGE-FEMME . . C ACCOUCHEUSE ... D **AUTRE PERSONNE** MATRONE DE VILLAGE ...... E GUÉRISSEUR TRADITION. ... F MAMAN DU QUART./ VILLAGE ...... G AUTRE ________ X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y	**PROF. DE SANTÉ** MÉDECIN ...... A INFIRMIER ...... B SAGE-FEMME . . C ACCOUCHEUSE ... D **AUTRE PERSONNE** MATRONE DE VILLAGE ...... E GUÉRISSEUR TRADITION. ... F MAMAN DU QUART./ VILLAGE ...... G AUTRE ________ X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y	**PROF. DE SANTÉ** MÉDECIN ...... A INFIRMIER ...... B SAGE-FEMME . . C ACCOUCHEUSE ... D **AUTRE PERSONNE** MATRONE DE VILLAGE ...... E GUÉRISSEUR TRADITION. ... F MAMAN DU QUART./ VILLAGE ...... G AUTRE ________ X (PRÉCISER) PERSONNE .... Y
427	Où avez-vous accouché de (NOM) ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL .... 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC ________ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429)	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL .... 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC ________ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429)	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL .... 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC ________ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .... 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ________ 36 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429)
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI .... 1 (PASSER À 433) NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 435) NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 435) NON 2
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse villageoise vous a examinée ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 433)	OUI .... 1 NON 2	OUI .... 1 NON 2
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ? ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 [ ][ ] SEMAINES APRÈS ACC. 2 [ ][ ] NE SAIT PAS 998		

21

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM ______________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______________
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	**PROF. DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . . 11 INFIRMIER . . . . . . 12 SAGE-FEMME . 13 ACCOUCHEUSE 14 **AUTRE PERSONNE** MATRONE DE VILLAGE . . . . . . 21 GUÉRISSEUR TRADITION. . . . 22 MAMAN DU QUART./ VILLAGE . . . . . . 23 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)		
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______________ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC ______ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ______ 36 (PRÉCISER) AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)		
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP 8		
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI . . . . 1 (PASSER À 436) NON . . . . 2 (PASSER À 437)		
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 439)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 439)
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS . . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON EN-CEINTE [ ] ENCEINTE OU PAS SÛRE [ ] (PASSER À 439)		

22

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 440)		
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ...... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS ...... [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS ...... [ ][ ] NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 447)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 447)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 447)
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS ... 2 [ ][ ]	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS ... 2 [ ][ ]	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS ... 2 [ ][ ]
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 444)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 444)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 444)
443	Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU .... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE .... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE .... E JUS DE FRUIT .... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ...... G THÉ .... H MIEL .... I AUTRE ________ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU .... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE .... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE .... E JUS DE FRUIT .... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ...... G THÉ .... H MIEL .... I AUTRE ________ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU .... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE .... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE .... E JUS DE FRUIT .... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ...... G THÉ .... H MIEL .... I AUTRE ________ X (PRÉCISER)
444	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 446)	EN VIE [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 446)	EN VIE [ ] DÉCÉDÉ [ ] (PASSER À 446)
445	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI .... 1 (PASSER À 448) NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 448) NON 2	OUI .... 1 (PASSER À 448) NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS ...... [ ][ ] NE SAIT PAS ... 98	MOIS ...... [ ][ ] NE SAIT PAS ... 98	MOIS ...... [ ][ ] NE SAIT PAS ... 98

23

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM ________________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 405, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUES-TIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT . . . ☐☐
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité (NOM) pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . ☐☐	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . ☐☐
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐ NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐ NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐ NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISS-ANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).			
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE . . . .
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM __________ VIVANT DÉCÉDÉ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM __________ VIVANT DÉCÉDÉ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM __________ VIVANT DÉCÉDÉ (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)
458	Avez-vous une fiche de consultation préscolaire (CPS) où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU . . . . 1 (PASSER À 460) OUI, PAS VU . . . . 2 (PASSER À 462) PAS DE FICHE CPS 3	OUI, VU . . . . 1 (PASSER À 460) OUI, PAS VU . . . . 2 (PASSER À 462) PAS DE FICHE CPS 3	OUI, VU . . . . 1 (PASSER À 460) OUI, PAS VU . . . . 2 (PASSER À 462) PAS DE FICHE CPS 3
459	Avez-vous déjà eu une fiche de CPS pour (NOM) ?	OUI . . . . 1 (PASSER À 462) NON 2	OUI . . . . 1 (PASSER À 462) NON 2	OUI . . . . 1 (PASSER À 462) NON 2

460
(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA FICHE CPS.
(2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA FICHE CPS INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.

	JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE
BCG				BCG				BCG			
POLIO 0 (à la naissance)				P0				P0			
POLIO 1				P1				P1			
POLIO 2				P2				P2			
POLIO 3				P3				P3			
DTcoq 1				D1				D1			
DTcoq 2				D2				D2			
DTcoq 3				D3				D3			
ROUGEOLE				ROU				ROU			
FIEVRE JAUNE (V.A.A.)				F. J.				F. J.			
VITAMINE A (LA PLUS RECENTE)				VIT. A				VIT. A			

25

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ______	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ______
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur cette fiche CPS, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plait, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes :			
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche qui laisse, généralement, une cicatrice ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÉS LA NAISS. 1 PLUS TARD . . . . 2 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÉS LA NAISS. 1 PLUS TARD . . . . 2 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÉS LA NAISS. 1 PLUS TARD . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐
463E	La vaccination du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite dans la cuisse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐	NOMBRE DE FOIS . . . . ☐
463G	Une injection contre la rougeole c'est-à-dire, une injection faite au bras gauche à partir de 9 mois ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune, c'est-à-dire, une injection faite au bras droit à partir de 9 mois ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) NE SAIT PAS . . . . . . 8 (PASSER À 466)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) NE SAIT PAS . . . . . . 8 (PASSER À 466)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) NE SAIT PAS . . . . . . 8 (PASSER À 466)
465	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a t-il reçu ces vaccinations ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MULTIANTIGÈNES OCT/NOV 2004 A POLIO AVR/MAI 2005 . . . B POLIO SEPT-NOV 2005 C ROUGEOLE OCT 2005 D AUTRE X	MULTIANTIGÈNES OCT/NOV 2004 A POLIO AVR/MAI 2005 . . . B POLIO SEPT-NOV 2005 C ROUGEOLE OCT 2005 D AUTRE X	MULTIANTIGÈNES OCT/NOV 2004 A POLIO AVR/MAI 2005 . . . B POLIO SEPT-NOV 2005 C ROUGEOLE OCT 2005 D AUTRE X
465A	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8
465B	À quelle occasion (NOM) a-t-il reçu la vitamine A ?	CAMPAGNE . . . . . . A ROUTINE . . . . B CAS DE MALADIE C AUTRE X	CAMPAGNE . . . . . . A ROUTINE . . . . B CAS DE MALADIE C AUTRE X	CAMPAGNE . . . . . . A ROUTINE . . . . B CAS DE MALADIE C AUTRE X
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 472)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 472)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 472)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C MATERNITÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . . . H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT . . . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ ________ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE ________ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C MATERNITÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . . . H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT . . . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ ________ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE ________ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C MATERNITÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . . . H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT . . . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ ________ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE ________ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	"OUI" À 466 ☐ "NON"/"NSP" À 466 ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 ☐ "NON"/"NSP" À 466 ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 ☐ "NON"/"NSP" À 466 ☐ (PASSER À 475)
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	"OUI" À 466 OU 472B ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 475)
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SAIT PAS 8

28

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUETÉE	**ANTIPALUDÉEN** SP/FANSIDAR . . . A CHLOROQUINE . . . B AMODIAQUINE . . . C QUININE . . . . D MALAXIN . . . . E MALARITAB . . . . . . F ARINATE . . . . G ARTÉSUNATE . . . H MÉFLOQUINE . . . . . . I **AUTRE** ASPIRINE . . . . J PARACETAMOL . . . K AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . . Z	**ANTIPALUDÉEN** SP/FANSIDAR . . . A CHLOROQUINE . . . B AMODIAQUINE . . . C QUININE . . . . D MALAXIN . . . . E MALARITAB . . . . . . F ARINATE . . . . G ARTÉSUNATE . . . H MÉFLOQUINE . . . . . . I **AUTRE** ASPIRINE . . . . J PARACETAMOL . . . K AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . . Z	**ANTIPALUDÉEN** SP/FANSIDAR . . . A CHLOROQUINE . . . B AMODIAQUINE . . . C QUININE . . . . D MALAXIN . . . . E MALARITAB . . . . . . F ARINATE . . . . G ARTÉSUNATE . . . H MÉFLOQUINE . . . . . . I **AUTRE** ASPIRINE . . . . J PARACETAMOL . . . K AUTRE ________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . . Z
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	INJECTION . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . Z	INJECTION . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . Z	INJECTION . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . . Z
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "A" ENCERCLÉ ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le SP/Fansidar ?	MEME JOUR . . . . 0 LE JOUR SUIVANT . . . 1 DEUX JOURS APRÈS . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . 0 LE JOUR SUIVANT . . . 1 DEUX JOURS APRÈS . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . 0 LE JOUR SUIVANT . . . 1 DEUX JOURS APRÈS . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 3 NE SAIT PAS 8
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le SP/Fansidar ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . [ ] NSP 8	JOURS . . . . [ ] NSP 8	JOURS . . . . [ ] NSP 8
474E	Aviez-vous le SP/Fansidar à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le SP/Fansidar la première fois ?	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474F	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "B" ENCERCLÉ ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474J)

29

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________		AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________		AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	
474G	Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre la chloroquine ?	MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8		MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8		MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . [ ] NSP 8		JOURS . . . . [ ] NSP 8		JOURS . . . . [ ] NSP 8	
474I	Aviez-vous la chloroquine à la maison, ou l'avez-vous obtenue auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la chloroquine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	
474J	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "C" ENCERCLÉ	CODE "C" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ	CODE "C" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ	CODE "C" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre l'Amodiaquine ?	MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8		MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8		MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . [ ] NSP 8		JOURS . . . . [ ] NSP 8		JOURS . . . . [ ] NSP 8	
474M	Aviez-vous l'Amodiaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Amodiaquine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	
474N	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "D" ENCERCLÉ	CODE "D" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ	CODE "D" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ	CODE "D" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474R)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________
474O	Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . [ ] NSP 8	JOURS . . . . [ ] NSP 8	JOURS . . . . [ ] NSP 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenue auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la quinine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 475) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 475) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 475) NE SAIT PAS 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . . C AUTRE ________ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . . C AUTRE ________ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . . C AUTRE ________ X (PRÉCISER)
474SA	Pour la fièvre de (NOM), combien avez-vous payé au total pour les soins ?	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996
474T	Est-ce que (NOM) a pris des medicaments contre les parasites intestinaux au cours des 6 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 483) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 483) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 483) NE SAIT PAS 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3 PLUS . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3 PLUS . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3 PLUS . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . . 5 NE SAIT PAS 8

31

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'`habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3 PLUS . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3 PLUS . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . . 3 PLUS . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . . 6 NE SAIT PAS 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet qui s'appelle le SRO ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 481) NE SAIT PAS 8
480	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION . . . . B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . . D AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION . . . . B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . . D AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION . . . . B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . . D AUTRE ____________ X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 483)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 483)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 483)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM ________________	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM ________________
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). ______________________ (NOM DE L'ENDROIT) Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C MATERNITÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ______________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . . . H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT . . . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ ______________ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C MATERNITÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ______________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . . . H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT . . . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ ______________ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B POSTE SANTÉ . . . . C MATERNITÉ . . . . . . D AUTRE PUBLIC ______________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . . . H CABINET MÉDICAL I INFIRMIER AMBULANT . . . K AUTRE MEDICAL PRIVÉ ______________ L (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE ______________ X (PRÉCISER)
482A	Pour la diarrhée de (NOM), combien avez-vous payé au total pour les soins ?	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996	[ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . . 99995 NSP 99996
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS ☐ ↓ AUCUN ☐ → 487		487
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES . . . . . 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT . . . . . 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR . 04 ENTERRE DANS LA COUR . . . . . 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU . . . . . 06 UTILISE COUCHES JETABLES . . . 07 UTILISE COUCHES LAVABLES . . . 08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS . . . . . 09 AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU QUESTION NON-POSÉE ☐ ↓ UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO ☐ → 488		488
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO, par exemple Orasel, que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ? MONTRER LE SACHET DE SRO.	OUI . . . . . 1 NON 2	
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE ☐ ↓ N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE ☐ → 490		490
488A	Parfois les enfants ont des maladies sévères et il faut les conduire tout de suite à un établissement de santé. Pour quels symptômes emmèneriez-vous votre enfant à un établissement de santé immédiatement ?	NE PEUT PAS BOIRE OU TÉTER . . . A DEVIENT PLUS MALADE . . . . . B DÉVELOPPE UNE FIÈVRE . . . . . C A UNE RESPIRATION RAPIDE . . . . . D A DES DIFFICULTÉS À RESPIRER . . . E A DU SANG DANS LES SELLES . . . F BOIT DIFFICILEMENT . . . . . G NE JOUE PLUS . . . . . H PLEURE SANS CESSE . . . . . I AUTRE ______ X (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEURSEMENT MALADE, DEMANDER : Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 CELA DÉPEND 3	
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les choses suivantes constituent-t-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?	UN GROS PROBLÈME / PAS UN GROS PROBLÈME	
	Savoir où aller.	OÙ ALLER 1 2	
	Obtenir la permission d'y aller.	PERMISSION 1 2	
	Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.	ARGENT 1 2	
	Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.	DISTANCE 1 2	
	Devoir prendre un moyen de transport.	TRANSPORT 1 2	
	Ne pas vouloir s'y rendre seule.	ALLER SEULE 1 2	
	Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	PERSON. FEM. 1 2	
491	VÉRIFIER 215 ET 218 : A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2004 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE ☐ ↓ N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2004 OU APRÈS ET VIVANT AVEC ELLE ☐ → ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492) ________________ (NOM)		495

NO.		7 DERNIERS JOURS NOMBRE DE JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS
492	Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier. Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ? POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER : Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :		
a	Eau ?	a ☐	a ☐
b	Préparation artificielle pour bébé	b ☐	b ☐
c	Tout autre type de lait, comme le lait en boite, en poudre, ou le lait frais d'animal ?	c ☐	c ☐
d	Jus de fruit ?	d ☐	d ☐
e	Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons ?	e ☐	e ☐
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.		

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À
493	Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier. Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ? POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER : Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :	7 DERNIERS JOURS NOMBRE DE JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS	
a	Riz, maïs, mil, sorgho, bouillie ou autres céréales ?	a	a	
b	Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges ?	b	b	
c	Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc, patates douces blanches ou autre tubercules/racines locales ?]	c	c	
d	N'importe quel légume à feuilles vertes ?	d	d	
e	Mangue, papaye ?	e	e	
f	Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?	f	f	
g	Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?	g	g	
h	Autres aliments à base de légumineuses [par ex : lentilles, haricots, soja, ou arachides] ?	h	h	
i	Fromage ou yaourts ?	i	i	
j	Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.	j	j	
494	Combien de repas vous consommez habituellement par jour ?	NOMBRE DE REPAS		
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS . . . 3		
496	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac ? SI OUI : Que fumez-vous ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES . . . . A OUI, PIPE . . . . B OUI, AUTRE TABAC . . . . C NON . . . . Y		B, C, Y → 501
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ?	CIGARETTES		

36

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ...... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME .... 2 NON, PAS EN UNION 3	1, 2 → 504
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE .... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ...... 2 NON 3	2 → 510 3 → 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE .... 1 DIVORCÉE .... 2 SÉPARÉE 3	→ 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE .... 1 VIT AILLEURS 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/ PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM ____________________ N0. DE LIGNE .... [ ][ ]	
506	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . [ ][ ]	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI .... 1 NON .... 2 NSP 8	2, 8 → 510
508	En vous comptant, combien d'épouses ou partenaires votre mari a-t-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES .... ET DE PARTENAIRES .... [ ][ ] NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,........épouse?	RANG .... [ ][ ]	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS .... 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS [ ] ↓ MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS [ ] ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire? J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme mariée. En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez- vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la première fois ?	MOIS .... [ ][ ] NE CONNAÎT PAS LE MOIS .... 98 ANNÉE .... [ ][ ][ ][ ] NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE .... [ ][ ]	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU PAS VEUVE [ ] ↓ VEUVE [ ]		VEUVE → 516

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS ☐ ↓ ; MARIÉE UNE FOIS ☐ → 518		518
515	Comment s'est terminée votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE . . . . 1 DIVORCE . . . . 2 SÉPARATION 3	518
516	À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE . . . . 1 AUTRE ÉPOUSE . . . . 2 ENFANTS DE L'ÉPOUX . . . . 3 FAMILLE DE L'ÉPOUX . . . . 4 AUTRE ________________________ 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6	1 → 518
517	Avez-vous reçu des biens ou des objets ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI . . . . 1 NON 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS . . . . 00 ÂGE EN ANNÉES . . . . [ ][ ] PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/ PARTENAIRE. 95	ÂGE → 521 95 → 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE 8	544
521	VÉRIFIER 106 : 15-24 ANS ☐ ↓ ; 25-49 ANS ☐ → 526		526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	ÂGE → 526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	2, 3, 8 → 526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3	
526	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS . . . . 1 [ ][ ] IL Y A ... SEMAINES . . . . . . 2 [ ][ ] IL Y A ... MOIS . . . . 3 [ ][ ] IL Y A ... ANNÉES . . . . . . 4 [ ][ ]	4 → 539

38

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
526A	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Mais d'abord, je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne vouliez pas répondre, dites-moi et je passerai à la question suivante.			
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a t-il été utilisé?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 529)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 529)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 529)
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI .... 1 NON 2	OUI .... 1 NON 2	OUI .... 1 NON 2
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 531)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 531)	OUI .... 1 NON .... 2 (PASSER À 531)
530	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE .... 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE .... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE .... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI .... 01 (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE .... 05 AUTRE ____________96 (PRÉCISER)	MARI .... 01 (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE .... 05 AUTRE ____________96 (PRÉCISER)	MARI .... 01 (PASSER À 538) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE .... 05 AUTRE ____________96 (PRÉCISER)
532	Depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS .. 1 MOIS ... 2 ANNÉES .. 3	JOURS .. 1 MOIS ... 2 ANNÉES .. 3	JOURS .. 1 MOIS ... 2 ANNÉES .. 3
533	VÉRIFIER 106 :	15-24 ANS / 25-49 ANS (PASSER À 537)	15-24 ANS / 25-49 ANS (PASSER À 537)	15-24 ANS / 25-49 ANS (PASSER À 538)
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE (PASSER À 537) NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE (PASSER À 537) NSP............... 98	ÂGE DU PARTENAIRE (PASSER À 538) NSP............... 98
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ...... 3 NSP............ 8 (PASSER À 537)	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ...... 3 NSP............ 8 (PASSER À 537)	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ...... 3 NSP............ 8 (PASSER À 538)
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS .... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS .... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS .... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3
537	Mis à part cette (ces deux) personne(s) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI .... 1 (RETOUR À 527 À LA COL.SUIVANTE) NON .... 2 (PASSER À 539)	OUI .... 1 (RETOUR À 527 À LA COL.SUIVANTE) NON .... 2 (PASSER À 539)	

39

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
539	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
539A	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE ; MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ?	NON [ ] ↓ OUI [ ]	544
540	VÉRIFIER 106 : 18-49 ANS [ ] ↓ 15-17 ANS [ ]		544
541	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.	PRIVÉ OBTENU . . . . 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2	 544
541A	Est-ce que quelqu'un vous a jamais obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?	OUI . . . . 1 NON 2	 544
542	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous aviez été forcée contre votre volonté?	VOULAIT . . . . 1 A ÉTÉ FORCÉE . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
543	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE / PAS DE REP. 3	
544	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI . . . . 1 NON 2	 601
545	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. ________________ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS 40	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . B POSTE DE SANTE . . . . C CLINIQUE PF . . . . D AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . . E AUTRE PUBLIC ________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . H AMO-CONGO . . . . I AGENT DE SANTÉ . . . . J AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ________ K (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . L BAR/BOITE DE NUIT . . . . M KIOSQUE . . . . N TABLIER . . . . O AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS P AUTRE ________ X (PRÉCISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
546	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
547	VÉRIFIER 527 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓ AUTRE ☐ → 601		601
548	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . 12 POSTE DE SANTE . . . . 13 CLINIQUE PF . . . . 14 AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . . 15 AUTRE PUBLIC __________ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . 21 PHARMACIE . . . . 22 AMO-CONGO . . . . 23 AGENT DE SANTÉ . . . . 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL __________ 26 (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . 31 BAR/BOITE DE NUIT . . . . 32 KIOSQUE . . . . 33 TABLIER . . . . 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL . . . . 36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 41 AUTRE __________ 96 (PRÉCISER) NSP 98	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ (continuer) LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐ → 614			614
602	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?	ENCEINTE ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT . . . 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN . . . 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE . . . . 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE . . . . 4 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE . . . 5	 → 604 → 614 → 610 → 608
603	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	ENCEINTE ☐ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS . . . . 1 ☐☐ ANNÉES . . . . 2 ☐☐ BIENTÔT/MAINTENANT . . . . 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE . . . . 994 APRÈS MARIAGE . . . . 995 AUTRE __________ (PRÉCISER) 996 NE SAIT PAS 998	 → 609 → 614 995, 996, 998 → 609
604	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ (continuer) ENCEINTE ☐ → 610			610
605	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE ☐ (continuer) N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ (continuer) UTILISE ACTUELLEMENT ☐ → 608			608
606	VÉRIFIER 603 : NON POSÉE ☐ (continuer) 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS ☐ (continuer) 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE ☐ → 610			610

42

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	VÉRIFIER 602 : VEUT UN/UN AUTRE ENFANT ☐ Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi ? Autre raison ? NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT ☐ Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	NON MARIÉE . . . . A **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** PAS DE RAPPORTS SEXUELS . . . B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . . E AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . F ALLAITEMENT . . . . G FATALISTE . . . . H **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . . . J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES K INTERDITS RELIGIEUX . . . . L **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . M CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . N **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . . . Q TROP CHER . . . . R PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . . S INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . . . . T AUTRE ______________________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . Z	
608	Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?	PROBLÈME IMPORTANT . . . . 1 PETIT PROBLÈME . . . . 2 AUCUN PROBLÈME . . . . 3 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4	
609	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE ☐ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐	UTILISE ACTUELLEMENT ☐	→ 614
610	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 2, 8 → 612
611	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	STÉRILISATION FÉMININE . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . 02 PILULE . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECTIONS . . . . 05 IMPLANTS . . . . 06 CONDOM . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE . . . . . . 10 CONTINENCE PÉRIODIQUE . . . . . . 12 RETRAIT . . . . 13 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE 98	→ 614

43

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?	NON MARIÉE . . . . 11 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE . . . . 26 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . . . 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . . 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53 TROP CHER . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . 56 AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	22–98 → 614
613	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
614	VÉRIFIER 216 : A DES ENFANTS VIVANTS ☐ ↓ — N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS ☐ ↓ A DES ENFANTS VIVANTS : Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS : Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	PAS D'ENFANT . . . . 00 NOMBRE . . . . [ ][ ] AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	00 → 616 96 → 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] AUTRE ______________________ 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE . . . . 1 DÉSAPPROUVE . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES . . . 1 2	

44

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	 → 621
620	Avec qui en avez-vous discuté ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE . . . A MÈRE . . . B PÈRE . . . C SOEUR(S) . . . D FRÈRE(S) . . . E FILLE(S) . . . F FILS . . . G BELLE-MÈRE(S) . . . H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) . . . I AUTRE ______ X (PRÉCISER)	
621	VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ☐ ↓ OUI, VIT AVEC UN HOMME ☐ ↓ NON, PAS EN UNION ☐		→ 628
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE ENCERCLÉ ☐ ↓ PAS DE CODE ENCERCLÉ ☐		→ 624
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE . . . 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE . 2 DÉCISION COMMUNE . . . 3 AUTRE ______ 6 (PRÉCISER)	
624	Maintenant je voudrais vous demander les opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE . . . 1 DÉSAPPROUVE . . . 2 NE SAIT PAS . . . 8	
625	Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS . . . 1 UNE OU DEUX FOIS . . . 2 PLUS SOUVENT . . . 3	
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ ↓ LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐		→ 628
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE . . . 1 PLUS D'ENFANTS . . . 2 MOINS D'ENFANTS . . . 3 NE SAIT PAS . . . 8	
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE MST . . . 1 2 8 AUTRES FEMMES . . . 1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT . . . 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8	
629	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI . . . 1 NON . . . 2 NE SAIT PAS . . . 8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
630	VÉRIFIER 501 : ACTUELLEMENT MARIÉE/EN UNION ☐ ↓	PAS EN UNION ☐ →	701
631	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
632	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ☐ ↓ A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME ☐ ↓	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME ☐	→ 707
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire, ou supérieur ?	PRIMAIRE . . . . 1 SECONDAIRE . . . . 2 SUPÉRIEUR . . . . 3 NE SAIT PAS 8	 → 706
705	Quelle est la dernière (année/classe) qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ☐ ↓ A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME ☐ ↓ Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? / Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	☐☐ __________ __________ __________	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI . . . . 1 NON 2	→ 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI . . . . 1 NON 2	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 719
710	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	☐☐ __________ __________ __________	
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE ☐ ↓ NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE ☐		→ 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE . . . . 1 TERRE DE LA FAMILLE . . . . 2 TERRE LOUÉE . . . . 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 4 AUTRE 6	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . . 2 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON . . . . 1 LOIN DE LA MAISON 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE . . . . 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS 3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT . . . . 1 ARGENT ET NATURE . . . . 2 EN NATURE SEULEMENT . . . . 3 PAS PAYÉE 4	3, 4 → 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME . . . . 1 MARI/PARTENAIRE . . . . 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . 3 QUELQU'UN D'AUTRE . . . . 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN . . . . 1 MOINS DE LA MOITIÉ . . . . 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ . . . . 3 PLUS DE LA MOITIÉ . . . . 4 LA TOTALITÉ . . . . 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES							ALLER À
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes :	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6						
	Vos propres soins de santé ?	1	2	3	4	5	6	
	Les achats de choses importantes pour le ménage ?	1	2	3	4	5	6	
	Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ?	1	2	3	4	5	6	
	Les visites à la famille ou parents ?	1	2	3	4	5	6	
	Quelle nourriture sera préparée chaque jour ?	1	2	3	4	5	6	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		PRÉS/ ÉCOUTE	PRÉS/ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS	ALLER À
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)					
		ENFANTS <10 ANS	1	2	8	
		MARI	1	2	8	
		AUTRES HOMMES	1	2	8	
		AUTRES FEMMES	1	2	8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		OUI	NON	NSP	ALLER À
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :					
	Si elle sort sans le lui dire ?	SORTIR	1	2	8	
	Si elle néglige les enfants ?	NÉGL. ENFANTS . . .	1	2	8	
	Si elle se dispute avec lui ?	SE DISPUTE	1	2	8	
	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	REFUSER SEX.	1	2	8	
	Si elle brûle la nourriture ?	BRÛLER NOUR.	1	2	8	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
722	Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 726
723	Avez-vous reçu des soins médicaux ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 725
724	Combien avez-vous payé pour les soins médicaux (consultations, médicaments, etc.)?	MONTANT .... [ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . . 99995 NSP 99996	→ 726
725	Pourquoi vous n'avez pas reçu de soins médicaux ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	COÛT ÉLEVÉ . . . . . A DISTANCE . . . . . B PERSONNEL DE SANTÉ PAS ACCUEILLANT . . . . . C AUTRE ______________ X (PRÉCISER)	
726	Connaissez-vous la maladie dénommée "fistule" c'est-à-dire, la maladie qui fait que la femme perd de l'urine et/ou défèque continuellement ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 801
726A	Selon vous, quelle est la principale cause de cette maladie ?	ACCOUCHEMENT . . . . . 1 INTERV. CHIRURGICALE . . . . . 2 TRAUMATISME . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
727	Connaissez-vous (souffrez-vous) actuellement de pertes d'urines et/ou de selles par le vagin en dehors des "mictions /défécations" ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 729
728	Avez-vous déjà connu (souffert) de pertes d'urines et/ou de selles par le vagin en dehors des mictions /défécations ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 801
729	Comment cela est-il arrivé ?	APRÈS ACCOUCHEMENT . . . . . 1 APRÈS AGRESSIONS SEXUELLES . . . 2 APRÈS INTERVENTION CHIRURGICALE . . . . . 3 AUTRE ______________ 6 (PRÉCISER)	 → 731 (2, 3, 6)
730	Vous avez dit que cela est arrivé après un accouchement. Était-ce à votre 1er, 2ème, 3ème … accouchement ?	RANG ACCOUCHEMENT . . . [ ][ ]	
731	Quel âge aviez-vous au moment où cela vous est arrivé (pour la première fois) ?	ÂGE . . . . . [ ][ ] NSP 98	
732	Avez-vous reçu (suivez-vous actuellement) un traitement ?	OUI . . . . . 1 NON 2	

49

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 850
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 ┐ ┘→ 810
809	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS . . . . B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS . . . . D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS . . E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES . . . . H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS . . . . J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER . . . . L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES . . . . M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . . N AUTRE ______________ W (PRÉCISER) AUTRE ______________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . Z	
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE ...... 1 2 8 ACCOUCHEMENT ... 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
812	VÉRIFIER 811 : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓	AUTRE ☐	→ 814
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière ?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
815	VÉRIFIER 215 : DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2005 ☐ ↓	AUCUNE NAISSANCE ☐ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2005 ☐	→ 824 → 824
816	VÉRIFIER 407 : A VU QUELQU'UN POUR DES SOINS PRENATALS ☐ ↓	N'A VU PERSONNE ☐	→ 824
817	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Vous m'avez dit que vous avez vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse. Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants : Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du sida ?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSES À FAIRE 1 2 8 TEST DU SIDA 1 2 8	
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida ?	OUI .... 1 NON 2	
819	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI .... 1 NON 2	 → 824
820	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	OUI .... 1 NON 2	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
821	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______________________ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 11 CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . . . . 12 CENTRE CDV AUTONOME . . . . . . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . 14 CENTRE CDV MOBILE . . . . 15 CTA . . . . 16 AUTRE PUBLIC ______________ 17 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCLINIQUE/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . 21 CENTRE CDV MOBILE . . . . 22 CTA . . . . 23 CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES . . . . 24 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______________ 26 (PRÉCISER) AUTRE ______________ 96 (PRÉCISER)	
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?	OUI . . . . 1 NON 2	→ 825
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	NON → 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
826	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé ?	TEST DEMANDÉ . . . . 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ . . . . . . 2 TEST IMPOSÉ 3	
827	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	OUI . . . . 1 NON 2	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
828	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 11 CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . . . . 12 CENTRE CDV AUTONOME . . . . . . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . 14 CENTRE CDV MOBILE . . . . 15 CTA . . . . 16 AUTRE PUBLIC __________ 17 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCLINIQUE/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . 21 CENTRE CDV MOBILE . . . . 22 CTA . . . . 23 CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES . . . . 24 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ __________ 26 (PRÉCISER) AUTRE __________ 96 (PRÉCISER)	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 831
830	Où est-ce ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . . . . B CENTRE CDV AUTONOME . . . . . . C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . D CENTRE CDV MOBILE . . . . E CTA . . . . F AUTRE PUBLIC __________ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCLINIQUE/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . H CENTRE CDV MOBILE . . . . I CTA . . . . J CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES . . . . K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ __________ L (PRÉCISER) AUTRE __________ X (PRÉCISER)	
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
832	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui/d'elle dans votre propre ménage ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
834	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 8	 → 840
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des évènements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUCUN 'OUI' ☐ ↓	AU MOINS UN 'OUI' ☐	→ 840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté ?	D'ACCORD . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
842	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
850	VÉRIFIER 801: ENTENDU PARLER DU SIDA ☐ → Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ? PAS ENTENDU PARLER DU SIDA ☐ → Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?	OUI . . . . 1 NON 2	 →853
851	Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . A ÉCOULEMENT GÉNITAL . . . . B ÉCOULEMENT MALODORANT . . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . E GONFLEMENT DES ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . G VERRUES GÉNITALES . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K IMPUISSANCE . . . . L AUTRE ______________ W (PRÉCISER) AUTRE ______________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . Y NE SAIT PAS . . . . Z	
852	Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . A PERTES VAGINALES . . . . B PERTES MALODORANTES . . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . G VERRUES GÉNITALES . .. . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT . . . . L AUTRE ______________ W (PRÉCISER) AUTRE ______________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . Y NE SAIT PAS . . . . Z	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
853	VÉRIFIER 519 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ ↓ N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS ☐ →		901
854	VÉRIFIER 850 : A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL ☐ ↓ N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL ☐ →		856
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez- vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
858	VÉRIFIER 855,856 ET 857 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') ☐ ↓ N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS ☐ →		901
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 861
860	Où êtes-vous allée ? Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . . A CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . . . B CTA . . . . . C CENTRE IST . . . . . D CLINIQUE PF . . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . F MATERNITÉ . . . . . G AUTRE PUBLIC ______ H (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN PRIVÉ . . . . . I MATERNITÉ . . . . . J PHARMACIE . . . . . K CTA . . . . . L AGENT DE SANTÉ . . . . . M AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ N (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . Q BOUTIQUE . . . . . R AUTRE ______ X (PRÉCISER)	
861	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PARTENAIRE NON-INFORMÉ . . . . . 3 NSP 8	 → 901 → 901 → 901

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
862	Où est-il allé ? Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . . . . B CTA . . . . C CENTRE IST . . . . D CLINIQUE PF . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . . F MATERNITÉ . . . . G AUTRE PUBLIC ____________ H (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN PRIVÉ . . . . I MATERNITÉ . . . . J PHARMACIE . . . . K CTA . . . . L AGENT DE SANTÉ . . . . M AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ____________ N (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . Q BOUTIQUE . . . . R AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	

57

SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 901H
901B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS	
901C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES	
901D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS	
901E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES	
901F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 901H
901G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eus dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS	
901H	ADDITIONNER LES REPONSES À 901B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL	
901I	VÉRIFIER 901H: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI ☐ ↓ NON ☐ → INSISTER ET CORRIGER 901A - 901H COMME IL SE DOIT.		
902	VÉRIFIER 901H : DEUX NAISSANCES OU PLUS ☐ ↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) ☐ →		1001
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES	

Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et soeurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.
NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] ________	[2] ________	[3] ________	[4] ________	[5] ________	[6] ________
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [3]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [4]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [5]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [6]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [7]
907	Quel âge a (NOM) ?	☐☐ ALLER À [2]	☐☐ ALLER À [3]	☐☐ ALLER À [4]	☐☐ ALLER À [5]	☐☐ ALLER À [6]	☐☐ ALLER À [7]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	☐☐ ALLER À [2]	☐☐ ALLER À [3]	☐☐ ALLER À [4]	☐☐ ALLER À [5]	☐☐ ALLER À [6]	☐☐ ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1001							

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _________	[8] _________	[9] _________	[10] _________	[11] _________	[12] _________
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 908 NSP .... 8 ALLER À [13]
907	Quel âge a (NOM) ?	ALLER À [8]	ALLER À [9]	ALLER À [10]	ALLER À [11]	ALLER À [12]	ALLER À [13]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?						
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 913 NON ... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	ALLER À [8]	ALLER À [9]	ALLER À [10]	ALLER À [11]	ALLER À [12]	ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1001							

60

SECTION 10. VIOLENCES DOMESTIQUES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE : LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A ETE SÉLECTIONNÉE POUR LES VIOLENCES DOMESTIQUES ? SI OUI ☐ ↓	SI NON ☐ →	1016
1002	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES : NE PAS CONTINUER JUSQU' À CE QUE VOUS SOYEZ COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ. ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA SITUATION ET SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE VOUS ÊTES EN PRIVÉ ☐ ↓	IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ☐ →	1015
	LIRE À TOUTES LES ENQUÊTÉES : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de certains aspects des relations à l'intérieur du couple. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à comprendre la situation des femmes en République Démocratique. du Congo. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et ne seront répétées à personne. Je tiens aussi à vous informer que vous êtes la seule personne dans votre ménage à qui ces questions seront posées et que personne ne saura que l'on vous a posé ces questions. Si quelqu'un arrivait pendant que nous discutons, nous passerons à un autre sujet.		
1003	VÉRIFIER 501, 502 ET 504 : ACTUEL. EN UNION OU VIT AVEC UN HOMME ☐ ↓ VEUVE OU DIVORCÉE OU SÉPARÉE ☐ ↓	JAMAIS ÉTÉ EN UNION OU JAMAIS VÉCUE AVEC UN HOMME ☐ →	1008
1004	Maintenant, si vous le permettez, je voudrais vous poser d'autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire. 4A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :	4B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois ?	
	a)- vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? OUI …… 1 → NON…… 2 ↓	a) NOMBRE FOIS .... ☐☐ SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	b)- vous menace, vous ou quelqu'un proche de vous ? OUI …… 1 → NON…… 2 ↓	b) NOMBRE FOIS .... ☐☐ SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
1005	5A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire :		5B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois ?	
	a)- vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	a) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	b)- vous gifle ou torde le bras ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	b) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	c)- vous frappe à coup de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	c) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	d)- vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	d) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	e) essaye de vous étrangler ou de vous brûler ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	e) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	f)- vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	f) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	g)- vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	g) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	h)- vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne vouliez pas ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	h) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
	i)- vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI ...... 1 → NON...... 2 ↓	i) NOMBRE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95	
1006	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/ boit (buvait) de l'alcool ?		OUI .... 1 NON 2	 → 1008
1007	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelques fois ou jamais ?		TRÈS SOUVENT .... 1 QUELQUES FOIS .... 2 JAMAIS 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1008	VÉRIFIEZ 1003 : MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE/VEUVE ☐ Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ? JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION ☐ Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?	OUI .... 1 NON .... 2 PAS DE RÉPONSE 3	 NON, PAS DE RÉPONSE → 1011
1008A	Qui vous a agressée physiquement de cette façon ? INSISTER : Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MERE .... A PERE .... B NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .... C NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE .... D SŒUR .... E FRERE .... F FILLE .... G FILS .... H EX MARI /EX PARTENAIRE .... I AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL .... J EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL .... K BELLE MERE (MERE DU MARI) .... L BEAU PERE (PERE DU MARI) .... M AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE .... N AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE .... O AMIES/FEMMES DE RENCONTRE .... P AMIS/HOMMES DE RENCONTRE .... Q PROFESSEUR .... R EMPLOYEUR .... S ETRANGER .... T POLICIER/SOLDAT .... U AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	
1008B	VÉRIFIER 1008A : PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNÉE ☐ SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE ☐		SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE → 1010
1009	Quelle est la personne qui vous a le plus souvent battue, giflée, donné des coups de pied ou fait quelque chose pour vous agresser physiquement ?	MERE .... 01 PERE .... 02 NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .... 03 NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE .... 04 SŒUR .... 05 FRERE .... 06 FILLE .... 07 FILS .... 08 EX MARI /EX PARTENAIRE .... 09 AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL .... 10 EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL .... 11 BELLE MERE (MERE DU MARI) .... 12 BEAU PERE (PERE DU MARI) .... 13 AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE .... 14 AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE .... 15 AMIES/FEMMES DE RENCONTRE .... 16 AMIS/HOMMES DE RENCONTRE .... 17 PROFESSEUR .... 18 EMPLOYEUR .... 19 ETRANGER .... 20 POLICIER/SOLDAT .... 21 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1010	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois cette personne vous a battue, giflée, donné des coups de pied ou vous a fait autre chose pour vous agresser physiquement ?	NOMBRE DE FOIS .... [ ][ ] SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE 95	
1011	VÉRIFIER Q201, Q226 ET Q229 : NAISSANCES VIVANTES, ÉTAT DE GROSSESSE ET NAISSANCES NON VIVANTES A EU AU MOINS UNE GROSSESSE [ ] ↓ JAMAIS EU DE GROSSESSE [Q201 = 2, Q226 = (2 ou 8) ET Q229 = 2] [ ] →		1014
1012	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant (une/cette) grossesse ?	OUI .... 1 NON 2	 → 1014
1013	Qui était la personne qui vous a agressé physiquement au cours d'une grossesse ? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL .... A MERE .... B PERE .... C NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .... D NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE .... E SŒUR .... F FRERE .... G FILLE .... H FILS .... I EX MARI /EX PARTENAIRE .... J AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL .... K EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL .... L BELLE MERE (MERE DU MARI) .... M BEAU PERE (PERE DU MARI) .... N AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE .... O AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE .... P AMIES/FEMMES DE RENCONTRE .... Q AMIS/HOMMES DE RENCONTRE .... R PROFESSEUR .... S EMPLOYEUR .... T ETRANGER .... U POLICIER/SOLDAT .... V AUTRE ___________________________ X (PRÉCISER)	

REMERCIEZ ENCORE L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT À LA PARTIE DE L'INTERVIEW CONCERNANT LES VIOLENCES DOMESTIQUES.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS 1 FOIS	NON	ALLER À
1014	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE L'UNE DES PERSONNES LISTÉES ESSAYAIT D'ÉCOUTER OU EST VENUE DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON ?	MARI...................................	1	2	3	
		AUTRES ADULTES HOMMES..	1	2	3	
		ADULTES FEMMES..............	1	2	3	
1015	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE SI LES QUESTIONS 1003 À 1014 N'ONT PU ÊTRE POSÉES, EXPLIQUER LES RAISONS ____________________ ____________________ ____________________					
1016	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . [ ][ ]				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : ______________________ DATE : ______________________

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : ______________________ DATE : ______________________

MINISTÈRE DU PLAN

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

QUESTIONNAIRE HOMME

Confidentiel

IDENTIFICATION	
POOL D'ENQUÊTE ______	POOL [ ][ ]
NOM DE LA LOCALITÉ (QUARTIER/VILLAGE) ______	
NOM DU CHEF DE MÉNAGE ______	
NUMÉRO DE LA GRAPPE	GRAPPE [ ][ ][ ]
NUMÉRO DU MÉNAGE	MENAGE [ ][ ][ ]
PROVINCE	PROVINCE [ ][ ]
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU [ ]
KINSHASA - CAPITALE PROVINCIALE - AUTRE VILLE - CITÉ - RURAL ...... (KINSHASA=1, CAPITALE PROVINCIALE=2, AUTRE VILLE=3, CITÉ=4, RURAL=5)	RÉSIDENCE [ ]
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME ______	Nº DE LIGNE [ ][ ]

VISITES D'ENQUÊTEUR				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	______	______	______	JOUR [ ][ ]
				MOIS [ ][ ]
				ANNÉE [2][0][0][7]
NOM DE L'ENQUÊTEUR	______	______	______	NOM [ ][ ][ ]
RÉSULTAT*	______	______	______	RÉSULTAT [ ]
PROCHAINE VISITE : DATE	______	______		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
HEURE	______	______		

*CODES RÉSULTAT :

1	REMPLI	4	REFUSÉ		
2	PAS À LA MAISON	5	REMPLI PARTIELLEMENT	7	AUTRE ______
3	DIFFÉRÉ	6	INCAPACITÉ		(PRÉCISER)

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS [1] LANGUE DE L'INTERVIEW** ______ [ ] INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) [ ]

**CODES LANGUE :

1	FRANÇAIS	3	LINGALA	5	TSHILUBA
2	KIKONGO	4	SWAHILI	6	AUTRES

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM ______	NOM ______		
DATE ______ [ ][ ][ ]	DATE ______ [ ][ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est ______________________________ et je travaille pour le Ministère du Plan. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des hommes, des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête?
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêteur : ______________________________ Date: ______________

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDRE . . . . 1 ↓ L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS . . . 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . [ ][ ]	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. ______________________________	GRANDE VILLE . . . . 1 VILLE . . . . 2 RURAL 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES . . . . [ ][ ] TOUJOURS . . . . 95 VISITEUR 96	 → 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. ______________________________	GRANDE VILLE . . . . 1 VILLE . . . . 2 RURAL 3	
105	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre localité et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES . . . . . . [ ][ ] N'A PAS VOYAGÉ 00	 → 107
106	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ?	OUI . . . . 1 NON 2	
107	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS . . . . [ ][ ] NSP MOIS . . . . 98 ANNÉE . . . . [1][9][ ][ ] NSP ANNÉE 9998	
108	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 107 ET/OU 108 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES [ ][ ]	

2

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	 → 113
110	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire, ou supérieur ?	PRIMAIRE . . . 1 SECONDAIRE . . . 2 SUPÉRIEUR . . . 3	
111	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau ?	ANNÉE . . . [ ][ ]	
112	VÉRIFIER 110 : PRIMAIRE [ ] ↓ SECONDAIRE OU PLUS [ ] →		116
113	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à haute voix ; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉ. SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT . . . 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES . . . 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE . . . 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT ________ 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE/HANDICAPÉ VISUELLEMENT 5	
114	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	
115	VÉRIFIER 113: CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ [ ] ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ [ ] →		117
116	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT . . . 4	
117	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . 3 PAS DU TOUT . . . 4	
118	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . . . 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT . . . 4	
119	Avez-vous actuellement un travail, quel qu'il soit, pour lequel vous gagnez de l'argent ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un travail, quel qu'il soit, pour lequel vous avez gagné de l'argent ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	→ 122
121	Qu'avez-vous fait la plupart du temps au cours des 12 derniers mois ?	ALLER À L'ÉCOLE . . . 1 CHERCHER DU TRAVAIL . . . 2 INACTIF . . . 3 POUVAIT PAS TRAVAILLER/ HANDICAPÉ . . . 4 TRAVAIL DOMESTIQUE/SOINS DES ENFANTS . . . 5 AUTRE ________ 6 (PRÉCISER)	→ 129 (codes 1-5)

3

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
122	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	________ ________ ________	
123	VÉRIFIER 122: TRAVAILLE DANS AGRICULTURE ☐ NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE ☐		→ 125
124	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE . . . . 1 TERRE DE LA FAMILLE . . . . 2 TERRE LOUÉE . . . . 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 4 AUTRE 6	
125	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé ?	NOMBRE DE MOIS	
126	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payé en nature ou n'êtes-vous pas du tout payé ?	ARGENT SEULEMENT . . . . 1 ARGENT ET NATURE . . . . 2 NATURE SEULEMENT . . . . 3 PAS PAYÉ 4	3, 4 → 129
127	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉ LUI-MÊME . . . . 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE . . . . 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . 3 QUELQU'UN D'AUTRE . . . . 4 ENQUÊTÉ ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
128	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN . . . . 1 MOINS DE LA MOITIÉ . . . . 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ . . . . 3 PLUS DE LA MOITIÉ . . . . 4 LA TOTALITÉ . . . . 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
129	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE . . . . 01 PROTESTANTE . . . . 02 ARMÉE DU SALUT . . . . 03 KIMBANGUISTE . . . . 04 AUTRE CHRÉTIENS . . . . 05 MUSULMANE . . . . 06 ANIMISTE . . . . 07 SANS RELIGION . . . . 08 AUTRE __________ 96 (PRÉCISER)	
130	Quelle est votre tribu ? ________________ (INSCRIRE LE NOM DE LA TRIBU)	BAKONGO DU NORD ET DU SUD DE FLEUVE . . . . 01 BAS-KASAÏ ET KWILU-KWANGO . . . 02 CUVETTE CENTRALE . . . . 03 UBANGI ET ITIMBIRI-NGIRI . . . . 04 UELE; LAC ALBERT . . . . 05 BASELE-KOMO, MANIEMA ET KIVU . 06 KASAÏ; KATANGA; TANGANIKA . . . . . . 07 LUNDA . . . . 08 PYGMÉE . . . . 09 AUTRE __________ 96 (PRÉCISER)	

4

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
130A	Je voudrais maintenant vous poser une question sur la tribu d'appartenance de vos parents biologique à vous. Sont(étaient)-ils de la même tribu ?	OUI . . . . 1 NON 2	
130B	Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 201
130C	Avez-vous reçu des soins médicaux ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 130E
130D	Combien avez-vous payé pour les soins médicaux (consultations, médicaments, etc.)?	MONTANT .... [ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT . . . . 99995 NSP 99996	→ 201
130E	Pourquoi vous n'avez pas reçu de soins médicaux ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES	COÛT ÉLEVÉ . . . . A DISTANCE . . . . B PERSONNEL DE SANTÉ PAS ACCUEILLANT . . . . C AUTRE ____________________________ X (PRÉCISER)	

5

SECTION 2. REPRODUCTION

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos enfants. Je m'intéresse seulement aux enfants dont vous êtes le père biologique. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	2, 8 → 206
202	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	2 → 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON . . . . . [ ][ ] FILLES À LA MAISON . . . . . [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	2 → 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS . . . . . [ ][ ] FILLES AILLEURS . . . . . [ ][ ]	
206	Avez-vous eu un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	2, 8 → 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . . [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES . . . . . [ ][ ]	
208	(En dehors de ces enfants que vous venez juste de me déclarer) , avez-vous eu: a) d'autres garçons ou filles qui sont toujours en vie, dont vous êtes le père biologique, mais que vous n'auriez pas reconnu ou qui ne portent pas votre nom ? b) d'autres garçons ou filles qui sont nés vivants et qui sont décédés par la suite, dont vous êtes le père biologique, mais que vous n'auriez pas reconnu ou qui ne portent pas votre nom ? NON DANS LES DEUX CAS [ ] ↓ OUI À AU MOINS UN DES 2 CAS [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201 À 207 COMME IL SE DOIT.		
209	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL . . . . . [ ][ ]	
210	VÉRIFIER 209 : A EU PLUS D'UN ENFANT [ ] ↓ N'A EU QU'UN SEUL ENFANT [ ] N'A EU AUCUN ENFANT [ ]		213 301
211	Est-ce que les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI . . . . . 1 NON 2	1 → 213
212	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES . . . . . [ ][ ]	
213	Quel âge aviez-vous, quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES . . . . . [ ][ ]	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. ENCERCLER LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.			
301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON 2	
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI . . . . 1 NON 2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON 2	
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI . . . . 1 NON 2	
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI . . . . 1 NON 2	
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI . . . . 1 NON 2	
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON 2	
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON 2	
10	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI . . . . 1 NON 2	
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . 1 NON 2	
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . 1 ______________ (PRÉCISER) ______________ (PRÉCISER) NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
303	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les risques de grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 NON, NE SAIT PAS → 305
304	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT LE DÉBUT DES RÈGLES . . . . 1 PENDANT LES RÈGLES . . . . 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES . . . . 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES . . . . 4 AUTRE ______________________________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
305	À votre-avis, est-ce qu'une femme qui allaite son bébé peut tomber enceinte ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ÇA DÉPEND . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
306	Maintenant, je voudrais vous lire certaines déclarations sur la contraception. Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord ou non avec chacune de ces déclarations?	D'ACCORD / PAS D'ACCORD / NE SAIT PAS	
	a) La contraception est une affaire de femmes à laquelle un homme ne devrait pas s'intéresser.	a) 1 2 8	
	b) Une femme qui utilise la contraception peut être considérée de mœurs légères.	b) 1 2 8	
	c) La femme est la personne qui tombe enceinte, si bien que elle est celle qui devrait utiliser la contraception.	c) 1 2 8	

9

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous actuellement avec une femme ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME .... 2 NON, PAS EN UNION 3	 → 404 → 406
402	Combien d'épouses avez-vous actuellement ? SI, UNE SEULE ÉPOUSE, ENREGISTRER '01'.	NOMBRE DE ÉPOUSES ..... [ ][ ]	
403	Y a t-il d'autres femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	OUI .... 1 NON........................... 2	 → 405
404	Avec combien de femmes/partenaires vivez-vous comme si vous étiez marié ? SI, UNE SEULE AUTRE FEMME/PARTENAIRE, ENREGISTRE '01'.	NOMBRE D'AUTRES FEMMES/ PARTENAIRES AVEC QUI IL VIT [ ][ ]	
405	En dehors de votre/vos femme(s)/partenaire(s) que vous avez déclaré, avez-vous actuellement d'autre(s) femme(s) avec qui vous avez des rapports sexuels réguliers ou occasionnels ?	PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) SEULEMENT .... 1 PARTENAIRE(S) OCCASIONNELLE(S) SEULEMENT .... 2 PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) ET OCCASIONNELLE(S) .... 3 PAS D'AUTRE PARTENAIRE SEXUELLE 4	→ 409
406	Avez-vous actuellement, une partenaire sexuelle régulière, une partenaire sexuelle occasionnelle, ou pas de partenaire sexuelle du tout ?	PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) SEULEMENT .... 1 PARTENAIRE(S) OCCASIONNELLE(S) SEULEMENT .... 2 PARTENAIRE(S) RÉGULIÈRE(S) ET OCCASIONNELLE(S) .... 3 PAS D'AUTRE PARTENAIRE SEXUELLE 4	
407	Avez-vous déjà été marié, ou avez-vous déjà vécu avec une femme ?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉ SEULEMENT .... 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME SEULEMENT .... 2 OUI, LES DEUX .... 3 NON........................... 4	 → 411 → 416
408	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF .... 1 DIVORCÉ....................... 2 SÉPARÉ 3	→ 411

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
409	D'APRÈS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ÉCRIRE LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE FEMME/PARTENAIRE DÉCLARÉE AUX QUESTIONS 402 ET 404 SEULEMENT. SI UNE FEMME/PARTENAIRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00' DANS LES CASES CORRESPONDANT A CETTE FEMME/PARTENAIRE. LE NOMBRE DE CASES REMPLIES DOIT ÊTRE ÉGAL AU NOMBRE DE FEMMES ET DE PARTENAIRES.		

410	VÉRIFIER : 402 ET 404 LA SOMME DE 402 ET 404 EST ÉGALE À 1 ☐ S'il vous plaît, dites-moi le nom de votre femme/ partenaire. LA SOMME DE 402 ET 404 EST ÉGALE À 2 OU PLUS ☐ S'il vous plaît, dites-moi le nom de vos femmes et des partenaires avec qui vous vivez. Commencez par celle, qui a été la première avec qui vous avez vécu. NUMÉRO DE LA FEMME/PARTENAIRE	No DE LIGNE DANS LE QUEST. MÉNAGE	FEMME	PARTE-NAIRE	410A Quel âge avait votre femme/ partenaire à son dernier anniversaire ? ÂGE
	1 ____________	☐☐	1	2	☐☐
	2 ____________	☐☐	1	2	☐☐
	3 ____________	☐☐	1	2	☐☐
	4 ____________	☐☐	1	2	☐☐
	5 ____________	☐☐	1	2	☐☐

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
410B	VÉRIFIER 410 : UNE SEULE FEMME/ PARTENAIRE ☐ 2 FEMMES/PARTENAIRES OU PLUS ☐ →		414
411	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS . . . . 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
414	VÉRIFIER : 410 ET 411 MARIÉ/A VÉCU AVEC 1 FEMME SEULEMENT UNE FOIS ET 411=1 ☐ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre femme/ partenaire ? AUTRE ☐ J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes marié ou vous avez commencé à vivre avec une femme comme marié. En quel mois et quelle année vous êtes-vous marié ou avez- vous commencé à vivre avec une femme comme marié pour la première fois ?	MOIS . . . . ☐☐ NE SAIT PAS LE MOIS . . . . 98 ANNÉE . . . . ☐☐☐☐ NE SAIT PAS L'ANNEE 9998	416

11

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
415	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec elle ?	ÂGE . . . . [ ][ ]	
416	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eus) ?	JAMAIS . . . . 00 ÂGE EN ANNÉES . . . . [ ][ ] 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1ère) FEMME/PARTENAIRE 95	416B
416A	Avez-vous l'intention d'attendre d'être marié pour commencer à avoir des rapports sexuels ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛR 8	439
416B	VÉRIFIER 108 : ÂGE 15-24 ANS [ ] ↓ ÂGE 25-59 ANS [ ]		417
416C	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI . . . . 1 NON 2	
416D	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels ?	ÂGE DU PARTENAIRE . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
417	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS . . . . 1 [ ][ ] IL Y A ... SEMAINES . . . . 2 [ ][ ] IL Y A ... MOIS . . . . 3 [ ][ ] IL Y A ... ANNÉES . . . . 4 [ ][ ]	436A

12

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
417A	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Mais d'abord, je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne vouliez pas répondre, dites-moi et je passerai à la question suivante.			
418	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a t-il été utilisé ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 421)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 421)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 421)
419	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occcasion ?	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA . . . . 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE . . . . . . 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, MST/SIDA ET GROSSESSE . . . . 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES . . . . 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE ______________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA . . . . 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE . . . . . . 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, MST/SIDA ET GROSSESSE . . . . 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES . . . . 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE ______________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER MST/SIDA . . . . 1 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER GROSSESSE . . . . . . 2 ENQUÊTÉ VEUT ÉVITER À LA FOIS, MST/SIDA ET GROSSESSE . . . . 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES . . . . 4 PARTENAIRE A INSISTÉ 5 AUTRE ______________ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8
420	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2	OUI . . . . 1 NON 2
421	VÉRIFIER : 302(02)	ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ ☐ ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ☐ (PASSER À 426)	ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ ☐ ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ☐ (PASSER À 426)	ENQUÊTÉ NON STÉRILISÉ ☐ ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ☐ (PASSER À 426)
422	VÉRIFIER : 419 CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE ('2'OU '3' ENCERCLÉ) ☐ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou utilisé une méthode autre que le condom pour éviter une grossesse ? AUTRE ('1', '4', '5', '6' OU '8' ENCERCLÉ OU NON POSÉE) ☐ La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette femme, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . . . 1 NON . . . . . . 2 → 424 NSP . . . . . . 8 → 426	OUI . . . . . . 1 NON . . . . . . 2 → 424 NSP . . . . . . 8 → 426	OUI . . . . . . 1 NON . . . . . . 2 → 424 NSP . . . . . . 8 → 426

13

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
423	Quelle méthode a été utilisée ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE UTILISÉE, ENCERCLEZ LE CODE POUR SA MÉTHODE QUI VIENT EN PREMIER DANS CETTE LISTE.	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECTIONS . . . . 05 IMPLANTS . . . . 06 CONDOM FÉMININ . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . . 10 CONTIN. PÉRIOD . . . 12 RETRAIT . . . . 13 AUTRE ___________ 96 NE SAIT PAS 98	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECTIONS . . . . 05 IMPLANTS . . . . 06 CONDOM FÉMININ . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . . 10 CONTIN. PÉRIOD . . . 12 RETRAIT . . . . 13 AUTRE ___________ 96 NE SAIT PAS 98	STÉRILIS. FÉMININE 01 PILULE . . . . 03 DIU . . . . 04 INJECTIONS . . . . 05 IMPLANTS . . . . 06 CONDOM FÉMININ . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . . 10 CONTIN. PÉRIOD . . . 12 RETRAIT . . . . 13 AUTRE ___________ 96 NE SAIT PAS 98
423A		PASSER À 426	PASSER À 426	PASSER À 426
424	VÉRIFIER : 419	CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) ☐ AUTRE ☐	CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) ☐ AUTRE ☐	CONDOM UTILISÉ POUR ÉVITER UNE GROSSESSE (CODE 2 OU 3 ENCERCLÉ) (PASSER À 426) ☐ AUTRE ☐

14

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
425	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas utilisé une méthode de contraception pour éviter une grossesse ?	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ . . . . 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER MST/SIDA . . . . 13 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE . . . . 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE . . . . 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE . . . . 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . . . . 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ . . . . 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS . . . . 28 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉ OPPOSÉ . . . . 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE . . . . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . . . . 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . . 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . . 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . . . . 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN . . . . 53 TROP CHER . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS . . . . 56 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ . . . . 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER MST/SIDA . . . . 13 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE . . . . 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE . . . . 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE . . . . 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . . . . 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ . . . . 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS . . . . 28 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉ OPPOSÉ . . . . 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE . . . . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . . . . 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . . 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . . 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . . . . 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN . . . . 53 TROP CHER . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS . . . . 56 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	PARTENAIRE SEXUELLE OCCASIONNELLE / CE N'EST PAS SA RESPONSABILITÉ . . . . 11 CONTRACEPTION EST UNE AFFAIRE DES FEMMES 12 PAS BESOIN, UN CONDOM ÉTAIT UTILISÉ POUR ÉVITER MST/SIDA . . . . 13 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** FEMME/PARTENAIRE MÉNOPAUSE/ HYSTÉRECTOMIE . . . . 23 COUPLE SOUS-FÉCOND/ STÉRILE . . . . 24 FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE . . . . 25 FEMME/PARTENAIRE AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . . . . 26 FEMME/PARTENAIRE A ALLAITÉ . . . . 27 VOULAIT (AUTRES) ENFANTS . . . . 28 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉ OPPOSÉ . . . . 31 FEMME/PARTENAIRE OPPOSÉE . . . . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES . . . . 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . . 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . . 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . . . . 52 PAS ACCESSIBLE/ TROP LOIN . . . . 53 TROP CHER . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS . . . . 56 AUTRE ________ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98
426	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 428)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 428)	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 (PASSER À 428)

15

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
427	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là ? SI OUI : qui était ivre ?	ENQUÊTÉ SEUL . . 1 PARTENAIRE SEULE 2 ENQUÊTÉ ET PAR-TENAIRE . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉ SEUL . . 1 PARTENAIRE SEULE 2 ENQUÊTÉ ET PAR-TENAIRE . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4	ENQUÊTÉ SEUL . . 1 PARTENAIRE SEULE 2 ENQUÊTÉ ET PAR-TENAIRE . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE. . 4
428	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	FEMME . . . . 01 (PASSER À 434) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNELLE DU SEXE . . . . 05 AUTRE ______________96 (PRÉCISER)	FEMME . . . . 01 (PASSER À 434) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNELLE DU SEXE . . . . 05 AUTRE ______________96 (PRÉCISER)	FEMME . . . . 01 (PASSER À 435) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ . . . . 02 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNELLE DU SEXE . . . . 05 AUTRE ______________96 (PRÉCISER)
429	Depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne ? SI L'ENQUÊTÉ N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] MOIS . . . . 2 [ ][ ] ANNÉES . . 3 [ ][ ]
434	Mis à part cette (ces deux) personne(s) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . 1 (RETOUR À 418 À LA COL.SUIVANTE) NON . . . . 2 (PASSER À 436)	OUI . . . . 1 (RETOUR À 418 À LA COL.SUIVANTE NON . . . . 2 (PASSER À 436)	

16

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
435	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
436	VÉRIFIER 428 TOUTES LES COLONNES : AUCUNE PARTENAIRE N'EST PROFESSIONNELLE DU SEXE (AUCUN '05' N'EST ENCERCLÉ) [ ]	AU MOINS UNE PARTENAIRE EST PROFESSIONNELLE DU SEXE (AU MOINS UN '05' ENCERLÉ) [ ]	438
436A	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI . . . . 1 NON 2	 438
436B	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI . . . . 1 NON 2	 438
436C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un condom durant chaque rapport sexuel, chaque fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR 8	
438	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
438A	VÉRIFIER 108 : 18-59 ANS [ ]	15-17 ANS [ ]	439
438B	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉ.	PRIVÉ OBTENU . . . . 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2	 439
438C	Est-ce que quelqu'un vous a jamais obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?	OUI . . . . 1 NON 2	 439
438D	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous aviez été forcé contre votre volonté ?	VOULAIT . . . . 1 A ÉTÉ FORCÉ . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
438E	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE / PAS DE REP. 3	
439	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?	OUI . . . . 1 NON 2	 501

17

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
440	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE DE SANTÉ . . . . B POSTE DE SANTE . . . . C CLINIQUE PF . . . . D AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . . E AUTRE PUBLIC ____________ F (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . G PHARMACIE . . . . H AMO-CONGO . . . . I AGENT DE SANTÉ . . . . J AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ____________ K (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . L BAR/BOITE DE NUIT . . . . M KIOSQUE . . . . N TABLIER . . . . O AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS P AUTRE ____________ X (PRÉCISER)	
441	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR 8	
442	VÉRIFIER 418 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓ AUTRE ☐ →		501

18

Nᴼ.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
443	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. ____________________ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . 11 CENTRE DE SANTÉ . . . . 12 POSTE DE SANTE . . . . 13 CLINIQUE PF . . . . 14 AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . . 15 AUTRE PUBLIC ____________ 16 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . 21 PHARMACIE . . . . 22 AMO-CONGO . . . . 23 AGENT DE SANTÉ . . . . 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ____________ 26 (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE . . . . 31 BAR/BOITE DE NUIT . . . . 32 KIOSQUE . . . . 33 TABLIER . . . . 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL . . . . 36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 41 AUTRE ____________ 96 (PRÉCISER) NSP 98	

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	VÉRIFIER 410 : A UNE FEMME/ PARTENAIRE ☐ / A 2 FEMMES/PARTENAIRES OU PLUS ☐	NON POSÉE ☐	→ 505
502	Votre femme/partenaire (ou une de vos femmes/partenaires), est-elle actuellement enceinte ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PAS SÛR 8	
503	VÉRIFIER 502 : NON, PAS DE FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE/PAS SUR ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ? OUI, FEMME/ PARTENAIRE ENCEINTE ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant, que votre femme/ partenaire attend, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant du tout ?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT . . . . 1 PAS D'AUTRE/AUCUN . . . . 2 FEMME/PARTE. NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ EST STÉRILISÉE . . . . 3 INDÉCIS/NE SAIT PAS 8	 2, 3, 8 → 505
504	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	MOIS . . . . 1 ☐☐ ANNÉES . . . . 2 ☐☐ BIENTÔT/MAINTENANT . . . . 993 APRÈS MARIAGE . . . . 995 AUTRE ______ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	
505	VÉRIFIER 203 ET 205 : A DES ENFANTS VIVANTS ☐ Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS D'ENFANT VIVANT ☐ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	PAS D'ENFANT . . . . 00 NOMBRE . . . . ☐☐ AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	→ 507 → 507
506	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE ☐☐ ☐☐ ☐☐ AUTRE ______ 96 (PRÉCISER)	
507	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE . . . . 1 DÉSAPPROUVE . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR 8	

20

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
508	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale : À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ?	OUI NON RADIO . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES . . . 1 2	
510	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 512
511	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ÉPOUSE/PARTENAIRE . . . . A MÈRE . . . . B PÈRE . . . . C SOEUR(S) . . . . D FRÈRE(S) . . . . E FILLE(S) . . . . F FILS . . . . G BELLE-MÈRE(S) . . . . H AMI(E)S/VOISIN(E)S . . . . I AUTRE ______________________ X (PRÉCISER)	
512	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec un travailleur ou un professionnel de la santé ?	OUI . . . . 1 NON 2	

SECTION 6. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 635
602	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
603	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA par des piqures de moustiques ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
604	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
605	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
606	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
607	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
608	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 → 610
609	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS . . . . . B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS . . . . . D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS . . E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES . . . . H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS . . . . . J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER . . . . . L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES . . . . M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . . N AUTRE __________ W (PRÉCISER) AUTRE __________ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	

22

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
610	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI . . . 1 NON . . . 2 NE SAIT PAS . . . 8	
611	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE . . . 1 2 8 ACCOUCHEMENT . . . 1 2 8 ALLAITEMENT . . . 1 2 8	
612	VÉRIFIER 611: AU MOINS UN 'OUI' ☐ ↓ AUCUN 'OUI' ☐		→ 614
613	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	OUI . . . 1 NON . . . 2 NE SAIT PAS . . . 8	
614	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière ?	OUI . . . 1 NON . . . 2 NE SAIT PAS . . . 8	
615	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	 → 620
616	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS . . . 3	
617	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé ?	TEST DEMANDÉ . . . 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ . . . 2 TEST IMPOSÉ . . . 3	
618	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	OUI . . . 1 NON . . . 2	
619	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ________________ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . 11 CENTRE SANTÉ . . . 12 CENTRE CDV AUTONOME . . . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . 14 CENTRE CDV MOBILE . . . 15 CTA . . . 16 AUTRE PUBLIC ________ 17 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCLINIQUE/ MÉDECIN PRIVÉ . . . 21 CENTRE CDV MOBILE . . . 22 CTA . . . 23 CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES . . . 24 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ 26 (PRÉCISER) AUTRE ________ 96 (PRÉCISER)	→ 622

23

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 622
621	Où est-ce ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. ______________________ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE SANTÉ . . . . B CENTRE CDV AUTONOME . . . . C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . D CENTRE CDV MOBILE . . . . E CTA . . . . F AUTRE PUBLIC ______ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/POLYCLINIQUE/ MÉDECIN PRIVÉ . . . . H CENTRE CDV MOBILE . . . . I CTA . . . . J CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES . . . . K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ______ L (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER)	
622	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
623	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
624	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui/d'elle dans votre propre ménage ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
625	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
626	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 8	 → 631
627	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des évènements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	
628	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	
629	VÉRIFIER 626, 627, 628 : AUCUN 'OUI' ☐ ↓	AU MOINS UN 'OUI' ☐	→ 631

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
630	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida ?	OUI . . . . 1 NON 2	
631	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
632	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
633	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
634	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
641	VÉRIFIER 601 : ENTENDU PARLER DU SIDA ☐ — Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ? PAS ENTENDU PARLER DU SIDA ☐ — Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?	OUI . . . . 1 NON 2	 → 644
642	Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . A ÉCOULEMENT GÉNITAL . . . . B ÉCOULEMENT MALODORANT . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . G VERRUES GÉNITALES . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . J PERTE DE POIDS. . . . K IMPUISSANCE . . . . L AUTRE ______ W (PRÉCISER) AUTRE ______ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . Y NE SAIT PAS . . . . Z	

25

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
643	Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ? Y a t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE .... A PERTES VAGINALES .... B PERTES MALODORANTES ...... C BRÛLURE EN URINANT ...... D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE .... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL .... G VERRUES GÉNITALES .... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES .... I SANG DANS LES URINES .... J PERTE DE POIDS. . ... K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT .... L AUTRE ______________________ W (PRÉCISER) AUTRE ______________________ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME .... Y NE SAIT PAS .... Z	
644	VÉRIFIER 416 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS ☐ ↓	N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS ☐	→ 654
645	VÉRIFIER 641 : A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL ☐ ↓	N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL ☐	→ 647
646	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
647	Parfois, les hommes peuvent avoir un écoulement du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis ?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
648	Parfois, les hommes peuvent avoir une plaie ou un ulcère dans la région du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la région du pénis ?	OUI .... 1 NON .... 2 NE SAIT PAS 8	
649	VÉRIFIER 646, 647 ET 648 A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') ☐ ↓ N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS ☐		→ 654
650	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 646/647/648), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI .... 1 NON 2	 → 652

26

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
651	Où êtes-vous allé ? Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . . . . B CTA . . . . C CENTRE IST . . . . D CLINIQUE PF . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . . F MATERNITÉ . . . . G AUTRE PUBLIC ________ H (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN PRIVÉ . . . . I MATERNITÉ . . . . J PHARMACIE . . . . K CTA . . . . L AGENT DE SANTÉ . . . . M AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ N (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . Q BOUTIQUE . . . . R AUTRE________ X (PRÉCISER)	
652	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 646/647/648), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 PARTENAIRE NON-INFORMÉE . . . . . . 3 NSP 8	 → 654 → 654 → 654

27

Nº.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
653	Où est-elle allée ? Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL . . . . A CENTRE/POSTE DE SANTÉ . . . . . . B CTA . . . . C CENTRE IST . . . . D CLINIQUE PF . . . . E AGENT COMMUNAUTAIRE . . . . . . F MATERNITÉ . . . . G AUTRE PUBLIC ________ H (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN PRIVÉ . . . . I MATERNITÉ . . . . J PHARMACIE . . . . K CTA . . . . L AGENT DE SANTÉ . . . . M AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ________ N (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . . . Q BOUTIQUE . . . . R AUTRE ________ X (PRÉCISER)	
654	Comme vous le savez certains hommes sont circoncis. Êtes-vous circoncis ?	OUI . . . . 1 NON 2	
657	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . [ ][ ]	

28

<u>OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR</u>

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉ :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

<u>OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE</u>

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : ____________________ DATE : ____________________

<u>OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE</u>

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : ____________________ DATE : ____________________